

HUNTUJA, HUUMORIA JA HIENOTUNTEISUUTTA

Suomalaisten sairaanhoitajien kokemuksia islamilaisessa kulttuurissa työskentelystä

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö
Hanne Ketonen
HOI07k
Kevät 2010

Ohjaaja: Taina Anttonen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

KETONEN, HANNE:

Huntuja, huumoria ja hienotunteisuutta
Suomalaisten sairaanhoitajien kokemuksia
islamilaيسessa kulttuurissa työskentelystä

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 49 sivua, 3 liitesivua

Kevät 2010

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, mitä vieraassa kulttuurissa työskentely sairaanhoitajalta vaatii ja millaisia ammatillisia valmiuksia suomalaisella sairaanhoitajalla on toimia oman alansa monikulttuurisissa työyhteisöissä. Lisäksi tavoitteena oli kuvata vieraassa kulttuurissa työskentelemisen vaikutuksia suomalaisten sairaanhoitajien ammatilliseen osaamiseen. Työn tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää monikulttuurista hoitotyötä vastaamaan työelämän vaatimuksia.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena käyttämällä induktiivista sisällön analyysia. Aineisto työhön kerättiin sähköpostikyselynä Lähi-idässä toimivilta suomalaisilta sairaanhoitajilta. Kyselyyn osallistumisen kriteereinä oli suomen kansalaisuus, sairaanhoitajan tutkinto, sekä vähintään vuoden työkokemus vieraassa kulttuurissa. Saadut kuusi kirjallista vastausta toimivat tämän työn aineistona (n=6).

Tulosten mukaan islamilaيسessa kulttuurissa työskentely vaati hoitajilta laajaa perehtymistä ja orientoitumista maan kulttuurillisiin erityispiirteisiin, sekä halua sopeutua vallitsevaan hoitokulttuuriin. Työssä pärjätäkseen hoitajien tuli omata motivaatiota jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen, sekä valmiutta sietää uudesta ympäristöstä aiheutuvaa epävarmuutta ja stressiä. Voimavaroikseen hoitajat kokivat kansainväliset vaatimukset täyttävän suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen, sekä kokonaisvaltaisen hoitotyön osaamisen. Vieraassa kulttuurissa työskenteleminen oli saanut hoitajat pohtimaan omaa sairaanhoitajuuttaan, sekä vahvistanut laaja-alaisesti hoitajien ammatillista osaamista; erityisesti monikulttuurisen hoitotyön osaamista ja kulttuurista kompetenssia.

Jatkotutkimusaiheena työlle olisi kartoittaa, miten aiemmin ulkomailla työskennelleet ja Suomeen töihin palanneet hoitajat hyödyntävät vieraassa kulttuurissa hankkimaansa osaamista. Tärkeää olisi myös tutkia monikulttuuristen työyhteisöjen toimintaa Suomes-
sa sosiaali- ja terveysalalla.

Avainsanat: hoitotyön osaaminen, ammatillinen kasvu, monikulttuurinen hoitotyö, kulttuurinmukainen hoitotyö, arabikulttuuri, islam.

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

KETONEN, HANNE:

Veils, humour and consideration
Finnish nurses' experiences of working in an
Islamic culture

Bachelor's Thesis in Nursing

49 pages, 3 appendices

Spring 2010

ABSTRACT

The aim of this thesis was to find out what a nurse working in a foreign culture requires and what is the professional capacity of the Finnish nurses working in multicultural work communities. Furthermore, the aim was to describe the impact of working in foreign culture on the nurses' professional knowledge. The purpose was to provide information that can be used to develop a multi-cultural nursing care to meet the employment requirements.

The thesis was carried out as a qualitative research using inductive content analysis. The data was collected via e-mail from Finnish nurses who work in the Middle East. The criteria for participation in the questionnaire were Finnish nationality, nursing degree, and at least one year experience in a foreign culture. Written responses were received from six people and they became the material in this work ($n = 6$).

According to the results working in the Islamic culture called for nurses to familiarize themselves with a broad orientation and the cultural characteristics, and a willingness to adapt to the prevailing nursing culture. To meet the challenges of the work nurses needed to have a motivation to a continuous professional development, and a willingness to tolerate the uncertainty and stress caused by the new environment. The nurses thought that their resource for working in a different culture was their Finnish nurse education that meets the international requirements, and their holistic knowledge of nursing. Working in a foreign culture made the nurses to reflect on their own nursing and improved their skills, especially cross-cultural management and cultural competence.

Follow-up research for this thesis could be to explore how the nurses who previously worked abroad and returned back to Finland manage to take advantage of the skills they acquired in a foreign culture. There could also be a good perspective to investigate the multi-cultural workplace activities in Finland in social- and health care.

Key words: nursing skills, occupational development, multicultural nursing, transcultural nursing, Arab culture, Islam

SISÄLLYS

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 1 |
| 2 | SAIRAANHOITAJA JA HOITOTYÖ | 2 |
| 2.1 | Hoitaminen ja hoitotyö | 2 |
| 2.2 | Hoitotyön koulutus ammattikorkeakoulutuksessa | 3 |
| 2.3 | Hoitotyön osaaminen | 3 |
| 3 | AMMATILLINEN KASVU | 5 |
| 3.1 | Ammatillisen kasvun vaiheet | 5 |
| 3.2 | Ammatillisen kasvun tekijät | 7 |
| 3.3 | Ammatillinen asiantuntijuus | 8 |
| 4 | KULTTUURIEN TUNTEMUS – AVAIN MONIKULTTUURISUUTEEN | 9 |
| 4.1 | Kulttuurien kohtaaminen | 9 |
| 4.2 | Vieraaseen kulttuuriin sopeutuminen | 11 |
| 5 | MONIKULTTUURISUUS JA MONIKULTTUURINEN HOITOTYÖ | 11 |
| 5.1 | Monikulttuurisuus sairaanhoitajan työssä | 12 |
| 5.2 | Monikulttuurisen hoitotyön koulutus Suomen ammattikorkeakouluissa | 13 |
| 5.3 | Monikulttuurisen hoitotyön kehitysnäkymiä | 14 |
| 6 | KULTTUURINMUKAINEN HOITOTYÖ | 15 |
| 6.1 | Leiningerin teoria kulttuurinmukaisesta hoitotyöstä | 15 |
| 6.2 | Transkulttuurisen hoitotyön haasteet | 17 |
| 6.3 | Kulttuurinen sensitiivisyys ja kompetenssi | 18 |
| 7 | ARABIKULTTUURI JA ISLAM | 18 |
| 7.1 | Islamilaisen kulttuurin perusteet | 19 |
| 7.2 | Terveys ja sairaus islamilaisessa kulttuurissa | 20 |
| 7.3 | Islamilaisen kulttuurin erityispiirteet hoitotyössä | 22 |

| | | |
|------|--|----|
| 8 | OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 23 |
| 9 | TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTON KERUU JA ANALYYSI | 24 |
| 9.1 | Laadullinen tutkimus | 24 |
| 9.2 | Tutkimusaineiston kerääminen sähköpostikyselynä | 25 |
| 9.3 | Kyselylomakkeen laatiminen | 27 |
| 9.4 | Sisällönanalyysi | 28 |
| 10 | TUTKIMUSTULOKSET | 30 |
| 10.1 | Taustatiedot | 30 |
| 10.2 | Sairaanhoitajalta vaaditut valmiudet vieraassa kulttuurissa työskentelyyn | 30 |
| 10.3 | Suomalaisten sairaanhoitajien valmiudet vieraassa kulttuurissa työskentelyyn | 35 |
| 10.4 | Hoitotyön ammatillisen osaamisen karttuminen vieraassa kulttuurissa | 36 |
| 11 | TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS | 39 |
| 11.1 | Tutkimuksen reliaabelius ja validius | 39 |
| 11.2 | Eettiset näkökulmat tutkimuksessa | 41 |
| 12 | TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET | 43 |
| | LÄHTEET | 47 |

1 JOHDANTO

Hoitotyö on jatkuvassa muutoksessa. Muutokset liittyvät yhtä lailla henkilöstöön ja potilaisiin, kuin teknologian ja lääketieteen kehittymiseenkin. Selvä muutos on ulkomaa-laisten lisääntyvä määrä sosiaali- ja terveystieteiden käyttäjänä. Eri kulttuurien tuntemus ja kielitaito on tämän vuoksi tärkeä osa hoitotyöntekijän ammatillista osaamista. (Hildén 2002, 26–27.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2000, 4) raportissa kansainvälisyys nousi yhdeksi tärkeistä tulevaisuuden osaamisvaatimuksista sosiaali- ja terveysalalla. Opetusministeriön (2006, 63) määritelmän mukaan monikulttuurinen hoitotyö on yksi kymmenestä sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen alueista. Sairaanhoitajan tulee siis olla kykenevä työskentelemään erilaisia kulttuureja edustavien ihmisten kanssa ja hänen tulee pystyä toimimaan oman alansa kansainvälisissä tehtävissä ja monikulttuurisissa työyhteisöissä (Opetusministeriö 2006, 67).

Sairaanhoitajan ammatti on yksi kansainvälisimmistä ammateista ja sairaanhoitajien liikkuvuus maasta toiseen on viime vuosina lisääntynyt entisestään (Sairaanhoitajaliitto 2010). Suomalaisista työikäisistä lääkäreistä sekä sairaanhoitajista tai terveysalan vastaavan tason koulutuksen saaneista noin 5 % on ulkomailla. Vuonna 2006 ulkomailla oli noin 4 000 sairaanhoitajaa tai vastaavan tason koulutuksen saanutta terveydenhuollon ammattihenkilöä. (Sisäasiainministeriö 2008, 17.)

Suomessa on tutkittu verrattain vähän hoitotyöntekijöiden kokemuksia ulkomailla työskentelystä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, mitä vieraassa kulttuurissa työskentely sairaanhoitajalta vaatii ja millaisia ammatillisia valmiuksia suomalaisella sairaanhoitajalla on toimia oman alansa monikulttuurisissa työyhteisöissä. Lisäksi tavoitteena oli kuvata vieraassa kulttuurissa työskentelemisen vaikutuksia suomalaisten sairaanhoitajien ammatilliseen osaamiseen. Työn tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää monikulttuurista hoitotyötä vastaamaan työelämän vaatimuksia.

2 SAIRAANHOITAJA JA HOITOTYÖ

2.1 Hoitaminen ja hoitotyö

Hoitaminen on laaja käsite, joka pitää sisällään yksilön itsehoidon, lähipiiriltä saadun tuen sekä ammatillisen hoitamisen. Ammattitaitoinen hoitotyö on tarpeen, jos yksilö ei kykene hoitamaan itseään, tai terveyshaitat muuttuvat määrältään tai laadultaan sellaisiksi, ettei yksilö kykene itsenäisesti tai lähipiirin avulla suoriutumaan. Hoitotyö on asianmukaisen koulutuksen saaneiden ammattihenkilöiden tekemää, laillistettua toimintaa. (Janhonen, Kuokkanen, Kääriäinen & Matikka 1993, 29.) Haho (2006, 7) on määritellyt hoitamisen elämää suojelevaksi, ylläpitäväksi ja rikastavaksi sekä toivoa sisältäväksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on toisen ihmisen hyvän saavuttamisen. Hoitamiseen kiinteästi liittyviä määreitä ovat inhimillisyys, arvokkuus, terveys ja hyvinvointi.

Nykyään sairaanhoitajan tekemäksi hoitotyöksi määritellään terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitajat toimivat yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvistavat näiden osallistumista potilaan hoitoon. Sairaanhoitajien asiantuntijuus rakentuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. (Sairaanhoitajaliitto 2009.)

Asiantuntijoina toimivien sairaanhoitajien työssä korostuu potilaslähtöinen, terveyskeskeinen ja kokonaisvaltainen ajattelutapa. Sairaanhoitajan työ on terveyttä edistävää toimintaa, jolla lisätään ihmisten kykyä hoitaa itseään. Sairaanhoitajat kantavat vastuuta terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämisestä maailmanlaajuisesti. (Sairaanhoitajaliitto 2009.)

2.2 Hoitotyön koulutus ammattikorkeakoulutuksessa

Ammattikorkeakoulutuksen tavoitteena on antaa opiskelijalle hyvät valmiudet asiantuntijatehtävissä toimimista varten. Opintojen tulee taata valmiudet alan kehittymisen seuraamiseen ja ammattitaidon kehittämiseen. Opiskelijalle annetaan myös mahdollisuus hankkia riittävät viestintä- ja kielitaidot sekä tietoa alan kansainvälisestä toiminnasta. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 15.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2000 laatinut ehdotuksen keskeisistä näkökohdista, jotka tulisi ottaa huomioon laadittaessa sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kätilön osaamisvaatimuskuvauksia. Tässä ehdotuksessa käytetään käsitettä osaaminen kuvaamaan koulutuksen yksilölle tuottamia valmiuksia. Osaaminen tarkoittaa niitä tietoja ja taitoja, joilla henkilö suorittaa tehtävänsä taitavasti, pystyvästi, onnistuneesti ja osuvasti. Käsitteet osaamistarve tai osaamisvaatimus kuvaavat taas niitä vaatimuksia, joita työelämä ammatin harjoittajalta edellyttää. Ehdotuksen mukaan sairaanhoitajan tulee hallita työssään kolme vastuualuetta; ammattieettinen toiminta ja vastuu potilaan oikeuksien toteutumisesta, hoitotyön teoreettinen perusta sekä työn sisältö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 12–14.)

Opetusministeriö (2006) on tarkentanut sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen muodostuvan kymmenestä osa-alueesta. Näitä ovat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö sekä lääkehoito. (Opetusministeriö 2006.)

2.3 Hoitotyön osaaminen

Hoitotyön ammatillisen osaamisen perusta on monitieteinen. Osaamisen pohjalla oleva tieto jakautuu perinteisesti teoreettiseen tietoon (knowing that) ja käytännön tietoon

(knowing how) (Lauri 2007, 83). Keskeisiä lähitieteitä ovat yhteiskunta- ja käyttäytymistieteet, lääketiede ja luonnontieteet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 13).

Ammatillisen tiedon hankinnan pohjana ovat yksilön aiemmat tiedot ja taidot. Näillä pohjatiedoilla on tärkeä merkitys hoidettaessa eri elämäntilanteissa ja kehitysvaiheissa olevia ihmisiä. Hoitotyön ydinosaaminen perustuukin tietoon terveestä ja sairaasta ihmisestä, tietoon ympäristöstä ja sen merkityksestä ihmisen kehittymiselle ja käyttäytymiselle, sekä tietoon ihmisen hoitotyöstä ja siinä käytettävistä menetelmistä ja niiden vaikuttavuudesta. (Lauri 2007, 90.)

Hoitotyön tietoa sovelletaan käytäntöön taitojen avulla. Käsitteenä ”taito” liitetään hoitotyössä usein kädentaitoihin, vaikka termi merkitsee kaikkea käytännöllistä kykyä, kätevyyttä ja hallintaa suhteessa suoritukseen. Taito perustuu toimintaan, mutta vaatii tuekseen myös ajattelua ja ymmärrystä siitä, mitä tehdään ja miksi. Taitojen oppiminen syntyy harjoittelusta ja kehittyy vähitellen sujuvaksi ja automatisoituu. Asiakastyöskentelyssä tarvittavat vuorovaikutustaidot kehittyvät myös harjoittelun avulla. Ihmisen kohtaamisessa tulisi kuitenkin aina pyrkiä yksilöllisyyteen, rutiineista huolimatta. (Lauri 2007, 92–95.)

Kompetenssi. Kompetenssi eli pätevyys tai kyvykkyys tarkoittaa kykyä suoriutua tehtävästä hyvin sekä ihmisen itsensä, että muiden arvioimana. Kompetenssi voi olla joko tietoista tai tiedostamatonta. Tietoinen kompetenssi tarkoittaa sitä, että henkilö tuntee taitonsa ja suoriutuu tehtävistään hyvin. Tiedostamaton kompetenssi tarkoittaa taas sitä, että henkilö harjoittaa kykyjään, taitojaan tai tietojaan vaistomaisesti, tiedostamatta. Kompetenssi koostuu ydinpätevydestä, erikoispätevydestä ja potilaan hoitoon liittyvästä pätevydestä eli yleispätevydestä. (Hildén 2002, 33–34.)

Ydinpätevyys pitää sisällään kaikki ne tiedot ja taidot, jotka ovat välttämättömiä, jotta sairaanhoitaja pystyy suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan potilaan yksilöllistä hoitoa ja tilaa. Erikoispätevyyteen kuuluvat puolestaan ne tiedot ja taidot, joita hoitotyöntekijältä edellytetään, kun hän toteuttaa tarkoituksenmukaista hoitotyötä määrätyle

potilasjoukolle. Potilaan hoitoon liittyvä pätevyys eli yleispätevyys kuvaa sitä, miten sairaanhoitaja osaa yhdistää ydinpätevyyden ja erikoispätevyyden suunnitellessaan potilaan yksilöllistä hoitoa. Näiden pätevyyksien hallintaan sairaanhoitaja tarvitsee yhdistelmän psykomotorisia taitoja, psykososiaalisia taitoja ja ongelmanratkaisutaitoja. Näillä taidoilla hän kykenee minimoimaan hoidon komplikaatiot ja parantamaan jokaisen potilaan hoitotuloksia. (Hilden 2002, 35–36.)

3 AMMATILLINEN KASVU

Hoitotyön osaaminen kehittyy vaiheittain, kun tiedot lisääntyvät ja taidot kehittyvät käytännön työssä. Osa tästä kehityksestä tapahtuu vasta ammatillisen peruskoulutuksen jälkeen käytännön työelämässä. Kehittymisen edellytyksiä ovat oma aktiivisuus ja motivaatio, sekä avoin ja oppimista tukeva työyhteisö. Hoitaja, jolla on hyvä tietorakenne, pystyy helposti omaksumaan työyhteisön vaatiman uuden tiedon ja siirtämään sen omaan tietorakenteeseensa. Pelkkä kokemus ei kuitenkaan riitä tekemään osaajasta asiantuntijaa. Tutkimukset asiantuntijaksi kehittymisestä osoittavat, että koulutuksesta työelämään valmistuneet ovat usein vasta aloittelijoita ja kehitys alan asiantuntijaksi voi viedä useita vuosia. (Lauri 2007, 94–107.)

3.1 Ammatillisen kasvun vaiheet

Dreyfusin vuonna 1980 esittämän mallin mukaan työntekijä etenee taitoa hankkiessaan ja kehittäessään viidessä laadullisesti erilaisessa kehitysvaiheessa: noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Tasot heijastelevat ammattitaitoisuuden suorituksen kolmella yleisellä osa-alueella tapahtuvia muutoksia. Yksi näistä on siirtyminen abstraktien periaatteiden varassa tapahtuvasta toiminnasta aikaisempien, todellisten tilanteiden käyttöön toiminnan viitekehyksinä. Toinen muutos on vaativien tilanteiden hahmottamisessa tapahtuva muutos, jolloin tilanne nähdään yhä vähemmän erillisten osien koosteenä ja enemmän kokonaisuutena. Kolmas muutos on siirtyminen ulkopuolisen havain-

noitsijan roolista osallistuvan suorittajan rooliin. Dreyfusin oletamus on, että kokemuksen ja taidon karttuessa taidon luonne muuttuu hyppäyksellisesti. (Tuomi 2005, 64–65.)

Amerikkalainen hoitotieteilijä Benner soveltaa Dreyfusin tietojenhankkimismallia analysoidessaan sairaanhoitajien käytännön hoitotyössä tekemiä havaintoja (Benner 1993, 9). Mallin mukaisesti noviisi on hoitotyössä aloittelija, jolla ei ole kokemusta tilanteista, joissa hänen odotetaan toimivan. Tämän vuoksi noviisi tarvitsee taitojensa kehittämiseen perehdytystä, joka koostuu teknisten toimenpiteiden suorittamisesta ja normaaliuden tunnistamisesta. Tämän lisäksi noviisille opetetaan myös sääntöjä, joiden mukaan hänen tulisi toimia. Ongelmana on, että yhteydestään irrotettujen sääntöjen noudattamiseen perustuva toiminta on joustamatonta ja rajoittunutta, sillä säännöt eivät voi neuvoa priorisointia. Hoitotyön opiskelijat ovat toiminnassaan aluksi selkeitä noviiseja irrallisine tietoineen ja taitoineen. Kuitenkin jokainen sairaanhoitaja, joka joutuu hoitotyötä tehdessään tilanteeseen, josta hänellä ei ole aikaisempaa kokemusta, voi olla suoritukseensa noviisin tasolla. (Benner 1993, 32–34; Tuomi 2005, 65.)

Noviisista tulee edistynyt aloittelija, kun hänellä on riittävän paljon kokemusta selviämisestä todellisissa tilanteissa. Kokemus auttaa aloittelijaa ottamaan huomioon enemmän yksityiskohtia ja käyttämään monimutkaisempia sääntöjä, jolloin laajenee myös käsitys siitä, mikä tilanteessa on olennaista. Tällöin aloittelija voi itse tai ohjaajan opastuksella havaita tilanteiden merkitykselliset toistuvat osatekijät. Tämä on mahdollista vain aikaisempien kokemusten perusteella. (Benner 1993, 34–36; Benner, Tanner & Chesla 1999, 59–60.)

Pätevyys saavutetaan silloin, kun sairaanhoitaja alkaa nähdä oman toimintansa tietoisten pitkäaikaisten tavoitteiden tai suunnitelmien valossa. Pätevälle sairaanhoitajalle suunnitelma antaa näkökulman työhön, ja sen perustana on ongelman tietoinen käsitteellinen ja analyttinen pohdinta. Pätevältä sairaanhoitajalta puuttuu vielä taitavan hoitajan nopeus ja joustavuus, mutta hän tuntee hallitsevansa asiat ja kykenevänsä selviytymään monista arvaamattomista tilanteista. Tyypillinen pätevän vaiheen edustaja on Bennerin mukaan

sairaanhoitaja, joka on toiminut samantyyppisissä työtehtävissä pari - kolme vuotta. (Benner 1993, 37–38; Tuomi 2005, 65.)

Taitava sairaanhoitaja tarkastelee tilannetta kokonaisuutena, ei niinkään sen eri osatekijöitä. Näkökulma tilanteeseen ei perustu tietoiseen harkintaan vaan avautuu aiempien kokemusten ja viimeaikaisten tapahtumien avulla. Taitava sairaanhoitaja siis ymmärtää ja hallitsee kokonaistilanteen, jolloin päätöksenteko helpottuu, sillä hoitajalla on selkeä näkemys tilanteen eri osatekijöiden tärkeysjärjestyksestä. Taitaviin suorituksiin kykenevät yleensä sairaanhoitajat, jotka ovat työskennelleet samanlaisen potilasaineiston kanssa kolmesta viiteen vuoteen. (Benner 1993, 38–41; Tuomi 2005, 66.)

Asiantunteva sairaanhoitaja ei enää turvaudu analyyttiseen periaatteeseen tai sääntöihin muuttaakseen omaa näkemystään tilanteesta asianmukaiseksi toiminnaksi. Asiantuntivalla sairaanhoitajalla on runsaasti kokemusta ja sen myötä myös intuitiivinen ote kuhunkin tilanteeseen. Hän toimii kokonaisvaltaisen syvällisen ymmärryksen pohjalta keskittyen täsmälliseen ongelma-alueeseen. Analyyttisyys on kuitenkin myös asiantuntijalle tarpeen, kun hän joutuu tilanteisiin, joista hänellä ei ole aiempaa kokemusta, tai tapauksissa, joissa asiantuntija tulkitsee tilanteen väärin. (Benner 1993, 41–44; Tuomi 2005, 66.)

Eriksson-Piela (2003) on tutkinut hoitohenkilökunnan ammatillisuutta, asiantuntijuutta ja ammatillista vallankäyttöä sairaalakulttuurissa. Hänen näkemyksensä mukaan ammatillinen asiantuntijuus on ammatillista tietämystä, mutta työorganisaation sosiaaliset suhteet määrittelevät kuitenkin sen, kenelle asiantuntijan status kuuluu. (Eriksson-Piela 2003, 10–12, 183.)

3.2 Ammatillisen kasvun tekijät

Ammatillinen kasvu pitää sisällään kaikki kehittämistoimet, jotka kohdistuvat ammatillisen osaamisen ylläpitämiseen ja lisäämiseen. Ammatillisen kehittymisen kannalta tärkeitä

kannustimia ovat työn luonne ja järjestelyt, esimies–alainen -suhteet, organisaation ilmapiiri, työpaikan ihmissuhteet, sekä johtamistavat ja -käytännöt. Samat tekijät voivat olla myös ammatillista kehittymistä rajoittavia. Tärkeätä on etenkin ihmisten henkilökohmainen kokemus työympäristöstä, ei niinkään objektiivinen todellisuus. (Hildén 2002, 33.)

Ammatillisen kasvun tavoitteena on parantaa suoritusta ja osaamista. Tähän voidaan pyrkiä hankkimalla tietoa, kehittämällä taitoja ja tekniikoita tai kehittämällä yksilön henkilökohtaista arvostusta ulkopuolisten silmissä. Myös uskomukset ammatillisen kasvun hyödyllisyydestä, saavutetuista palkkioista sekä uskomukset kehittämistoiminnan tehokkuudesta vaikuttavat siihen, miten halukkaasti henkilö osallistuu kehittämistoimiin ja oman ammatillisen osaamisensa ylläpitoon ja parantamiseen. (Hildén 2002, 33.)

3.3 Ammatillinen asiantuntijuus

Ammattikorkeakoulusta valmistuneella tulisi olla laajaa ja monipuolista osaamista lähtökohtana asiantuntijuuden kehittymiselle. Asiantuntija osaa käyttää, löytää ja rajata työsäännön esiin tulevia kysymyksiä, sekä etsiä niihin tutkittuun tietoon perustuvia ratkaisuja. Asiantuntijuuttaan kehittävä työntekijä osaa myös tarkastella kokemuksiaan kriittisesti. (Janhonen ym. 2005, 15.)

Kasvaminen ammatillisuuteen ja itsenäiseen ammatinharjoittamiseen vaatii selkiytynyttä tieto- ja taitorakennetta. Ammatillisuuteen kuuluu muun muassa asiantuntemus, itsenäisyys, sitoutuminen työhön ja eettisyys. Ruohotien ja Hongan (2003) mukaan asiantuntijaksi kehittämisessä oleellisia asioita ovat ammattikohtaiset tiedot ja taidot, kyky soveltaa näitä tietoja ja taitoja eri ympäristöissä sekä kyky ylläpitää ja kehittää ammat-tiosaamista. Asiantuntijaksi kehittämiseen kuuluvat myös voimakas kiinnostus ja sitoutuminen, halu työskennellä vaativien tehtävien parissa sekä yksilön motivaatio oppimiseen ja opitun ymmärtämiseen. Näiden valmiuksien avulla yksilö voi säädellä ongelman-

ratkaisuaan niin, että se johtaa ymmärryksen syvenemiseen ja uuden tiedon tuottamiseen. (Lauri 2007, 87–89.)

4 KULTTUURIEN TUNTEMUS – AVAIN MONIKULTTUURISUUTEEN

Kulttuuri on laaja-alainen käsite, joka muodostuu yhteisön luoman maailmankuvan rakenteista. Antropologiassa kulttuurilla tarkoitetaan tietyissä sosiaalisissa tilanteissa käytettävissä olevia tietoja, käytäntöjä ja instituutioita. Kulttuuri muovaa yksilön kokemuksia monin tavoin ja vaikuttaa kehitysprosesseihin esimerkiksi antaen kognitiivisia malleja kokemusten käsittelyyn, sekä määrittelemällä ihmisen kokemusta omasta itsestään. (Kirmayer 2010, 21.)

Kulttuuri rakentuu päivittäisen elämän toiminnoista ja tapahtumista, yhdessä elävien ihmisten rutineista ja rytmistä, sekä heidän tavastaan olla yhteydessä toisiinsa. Näkyviä kulttuuripiirteitä ovat arvot, uskomukset, symbolit, käyttäytymistavat, tottumukset ja kieli. Kulttuuri ei ole perinnöllistä tai geneettistä, vaan opittu, yhteisöllinen ilmiö. Ihmisen omasta persoonasta riippuu, miten kulttuuri tulee esille hänen käytöksessään, eikä yksilö välttämättä edes tiedosta kulttuurin vaikutusta teoissaan ja havainnoissaan. Muita kulttuureja arvioitaessa lähtökohtana on kuitenkin aina oma kulttuuri, johon uusia tietoja verrataan. (Schubert 2007, 20–21, 61.)

Myös ihmisten sairauskäyttäytyminen vaihtelee suuresti niin yksilöiden kuin kansojen välillä. Siihen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa lääketieteen tuntemus, perhetekijät, sosiaalinen asema, elämäntilanne ja hoitosysteemiin liittyvät odotukset. (Oroza 2010, 273.)

4.1 Kulttuurien kohtaaminen

Suomessa on aina asunut vähemmistökulttuurin edustajia, mutta vasta viime vuosina yleistyneen maahanmuuton takia Suomen asukkaiden etninen alkuperä on nykyään moninaisempaa. Vierasta kulttuuria edustavien potilaiden ja työntekijöiden kautta monikulttuurisuus on tullut osaksi myös suomalaista hoitotyön arkea. Ilmiö on herättänyt keskustelua siitä, miten kohdata valtakulttuuriin kuulumaton henkilö ja millaisia palveluja heille tulisi tarjota. Uusia työtapoja kehitellessä monikulttuurisuus vaikuttaa suoraan terveydenhuollon kehitykseen. Toiminta yhdessä eri kulttuurien edustajien kanssa aiheuttaa yksilölle edelleen stressiä. Kansalliset kieli- ja kulttuurierot vaikeuttavat kommunikointia, mikä voi ärsyttää ja uuvuttaa. (Schubert 2007, 10, 18–20.)

Monikulttuurisessa yhteiskunnassa vähemmistön edustajat joutuvat usein joustamaan. Pyrkimyksenä on assimilaatio eli sulauttaminen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että vähemmistöihin kuuluvien odotetaan sopeutuvan yhteiskuntaan ja valtioon sellaisenaan. Yksilö luopuu tällöin omista kulttuurillisista erityispiirteistään valtakulttuurin hyväksi. Tämä merkitsee muun muassa sitä, että kaikkien kansalaisten odotetaan käyttävän samoja palveluja, eikä palvelurakenteiden muutosta kulttuurisen ja sosiaalisen erilaisuuden paineessa hyväksytä. (Forsander, Ekholm, Hautaniemi, Ali, Alitolppa-Niitamo, Kytäjä & Quoc Cuong 2001, 29.) Vastanäkökulma vähemmistön assimiloinnille on integraatio, eli sopeuttaminen. Käytännössä tämä tarkoittaa, että vähemmistöjä autetaan erityisin tukitoimin käyttämään julkisia palveluja ja valtaväestölle annetaan suvaitsevuuskasvatusta. (Soukola 1999, 2–3.)

Kaikkialla maailmassa ihmisten on vaikea hyväksyä ryhmiä, joiden tavat ja kulttuuri eroavat suuresti omista. Merkittävä tekijä kulttuuriin sopeutumisessa onkin se, kuinka kaukana omat kulttuurilliset arvot ovat niistä, joita yksilö joutuu omaksumaan kohdemaassa. Tätä ilmiötä kutsutaan kulttuurietäisyydeksi. Kokemus suuresta kulttuurietäisyydestä voi aiheuttaa vakavia ongelmia. Esimerkiksi arvojen erilaisuus voidaan kokea uhkana omia arvoja ja niiden mukana rakentunutta identiteettiä kohtaan. Samankaltaiset ryhmät hyväksytään helpommin. (Schubert 2007, 18, 68.)

4.2 Vieraaseen kulttuuriin sopeutuminen

Vieraaseen kulttuuriin sopeutuminen etenee aina prosessinomaisesti. Sopeutumisprosessia on tutkittu eniten maahanmuuttajien kannalta, jolloin se esitetään yleisimmin nelivaiheisena teoriana kulttuurishokista. Ensimmäinen vaihe on niin sanottu ihastus tai kuherruskuukausi, jolloin lähes kaikki uudessa ympäristössä koetaan myönteiseksi ja kiinnostavaksi. Ihastusvaiheen jälkeen seuraa yleensä arkeen herääminen, joka aiheuttaa jonkinlaisen kriisivaiheen. Uudesta ympäristöstä nousee esiin huonoja puolia, jotka aiheuttavat turhautumista ja väsymystä. Kun henkilö on päässyt kriisivaiheen ohi, tilanne neutralisoituu ja alkaa sopeutumisvaihe. Sopeutumisvaiheen jälkeen tapahtuu paluu takaisin normaaliin tilaan, jolloin ihminen pystyy hyväksymään itsensä osana uutta ympäristöään. (Schubert 2007, 182–183.)

Sopeutumisprosessi on kuitenkin aina yksilöllinen ja esimerkiksi epärealistiset odotukset tai epävarmuus uudessa kulttuurissa oleskelun pysyvyydestä voivat osaltaan vaikeuttaa henkilön sopeutumista. Tutkimusten mukaan 20–40 % ulkomaankomennukselle lähteneistä henkilöistä palaa kotiin ennen työsopimuksen päättymistä kulttuurieroihin liittyvistä syistä. Toisaalta taas henkilön palatessa kotimaahansa oltuaan pidemmän aikaa pois, hän voi kokea kulttuurishokin käänteisenä: henkilön muistikuvat kotimaasta voivat olla positiivisempia kuin autenttinen arki. Negatiivinen kokemus entisestä kotiympäristöstä voi toisaalta auttaa ihmistä sopeutumaan vahvemmin uuteen asuinpaikkaansa. (Schubert 2007, 183–184.)

5 MONIKULTTUURISUUS JA MONIKULTTUURINEN HOITOTYÖ

Monikulttuurisuuden käsitteen katsotaan syntyneen 1960-luvun Kanadassa. Käsitteellä on kolme vakiintunutta merkitystä. Se voi kuvata yhteiskuntaa, jolle tunnusomaista on kulttuurinen tai etninen heterogeenisuus, tai tavoiteltavaa yhteiskunnallista tilannetta, jossa väestön kulttuurilliset tai etniset ryhmät nauttivat yhdenvertaisuutta ja toistensa vastavuoroista kunnioitusta. Monikulttuurisuus voi olla myös politiikka, jota julkinen

valta harjoittaa väestön etniseen tai kulttuuriseen heterogeenisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Nykymaailmassa monia yhteiskuntia voidaan kuvailla monikulttuurisiksi, mutta tuskin mikään yhteiskunta perustuu vielä kaikkien kulttuuristen ryhmien vastavuoroiseen kunnioitukseen ja täysin tasavertaiseen yhteistyöhön. (Soukola 1999, 2–3.)

5.1 Monikulttuurisuus sairaanhoitajan työssä

Opetusministeriön laatiman selvityksen mukaan sairaanhoitajan (AMK) tulee olla valmiudessaan kykenevä monikulttuuriseen hoitotyöhön. Tämä merkitsee, että sairaanhoitajan tulee tuntea kulttuurin merkitys terveyden edistämisessä ja hoitotyössä. Hänen tulee kyetä työskentelemään erilaisia kulttuureja edustavien yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa. Hänen tulee myös osata toimia oman alansa kansainvälisissä tehtävissä ja monikulttuurisissa työyhteisöissä, sekä osata käyttää näissä tilanteissa omaa hoitotyön asiantuntijuuttaan. Tämän lisäksi sairaanhoitajan tulee edistää ihmisoikeuksien ja suvaitsevaisuuden toteutumista hoitotyössä. (Opetusministeriö 2006, 67.)

Keskeistä monikulttuurisen hoitotyön hallitsemisessa on suvaitsevaisuus, sekä kyky ymmärtää erilaisuutta ja kulttuurisia erityispiirteitä hoitotyössä. Erilaiset hoitokulttuurit ja monikulttuuriset työyhteisöt luovat hoitotyölle haasteita, joista selviämiseen tarvitaan säädösten ja ammatin vaatiman kielitaidon lisäksi myös kansainvälisyyden arvostamista. (Opetusministeriö 2006, 67.)

Koska hoitotyö on työskentelyä ihmisten kanssa, ihmisten hyväksi, on hyvä vuorovaikutustaitojen hallinta välttämätöntä. Taito kommunikoida, kuunnella, ohjata, opettaa, tukea ja toimia yhteistyössä niin muiden ammattilaisten, potilaiden ja heidän läheistensä kanssa ovat kulmakiviä onnistuneelle hoitotyölle. Monikulttuurisuus hoitotyössä asettaa haasteita juuri tälle hoitotyön osa-alueelle. Vaikka ihmisten perustarpeet ovat aina samat, tuovat kieli- ja kulttuurierot hoitotyöhön uusia vaatimuksia. (Lauri 2006, 100.)

Hyvien palvelujen tarjoaminen terveydenhuollossa perustuu kielelliseen yhteisymmärrykseen hoitavan henkilön ja potilaan välillä. Tähän lukeutuvat niin puhe kuin elekieli. Jos yhteistä kieltä ei ole, väärinymmärrysten mahdollisuus kasvaa. Tällöin tilanteessa tarvitaan ammattitaitoista tulkia asiallisen hoitokontaktin luomiseksi sekä potilaan ja työntekijän oikeusturvan takaamiseksi. Perheenjäsenten tulkkausepu on ongelmallista niin vastuukysymykset kuin salassapitovelvollisuus huomioiden. (Schubert & Kruus 2010, 297.)

5.2 Monikulttuurisen hoitotyön koulutus Suomen ammattikorkeakouluissa

Hirvonen ja Salanterä ovat tutkineet ammattikorkeakoulusta valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön liittyviä tiedollisia ja asenteellisia valmiuksia. Tutkimusaineisto kerättiin neljän eri puolella Suomea sijaitsevan ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoilta (N=178), jotka olivat lähellä valmistumista. Tutkimuksen tulosten mukaan vain viidesosalla opiskelijoista oli hyvät tiedot erilaisten kulttuurien ominaispiirteistä. Puolet vastaajista arvioi kommunikoinnin vieraan kulttuurin edustajan kanssa olevan vaikeaa, ja 12 % ilmoitti välttävänsä tilanteita, joissa he joutuisivat toimimaan vieraan kulttuurin edustajan kanssa. (Hirvonen & Salanterä 2002, 65–69.)

Koponen on tutkinut monikulttuurisen hoitotyön opettamista suomalaisessa hoitotyön koulutuksessa hoitotyön opettajien näkökulmasta. Hänen saamiensa tulosten mukaan monikulttuurisen hoitotyön opetuksessa tulisi kehittää opetuksen asiasisältöä ja lisätä vierasmaalaisten kohtaamista itse opetukseen. Myös opiskelijavaihtoon lähtemistä tulisi lisätä ja vaihdon perehdytystä parantaa. Lisäksi kulttuurista opetusta tulisi lisätä koulutukseen integroimalla se muuhun opetukseen. Tähän liittyen kulttuurisuutta opettavien opettajien ammattitaitoa tulisi kehittää muun muassa täydennyskoulutuksien turvin. (Koponen 2003, 53–54.)

Jyväskylän ammattikorkeakoulussa toteutettiin vuonna 2004 kahden eri koulutusohjelman välillä ristiinarviointi, jonka tarkoituksena oli tarkastella koulutuksen laatua. Arvioinnin kohteena olivat Jyväskylän ammattikorkeakoulun liiketalouden yksikön tietojenkäsittelyn koulutusohjelma, sekä sosiaali- ja terveysalan englanninkielinen koulutusohjelma Degree Programme in Nursing. (Mikkonen ym. 2004, 17.) Raportin mukaan sairaanhoitajakoulutuksen toteuttaminen sekä englanniksi että suomeksi opetussuunnitelmaltaan identtisenä vahvistaa paitsi hoitotyön koulutusohjelman, myös koko koulutusalaa sekä ammattikorkeakoulun kansainvälistymistä. Haasteena on kuitenkin ammattikorkeakoulun oppimisympäristön kehittäminen aidosti kaksikieliseksi esimerkiksi tarjoamalla enemmän vieraskielisiä opintoja ja kielten opetusta. (Mikkonen ym. 2004, 39–40.)

5.3 Monikulttuurisen hoitotyön kehitysnäkymiä

Monikulttuurisen hoitotyön piirissä on alkanut kehittyä uusi ammatti, joka on Yhdysvalloissa ja Kanadassa nimetty kulttuurivälittäjäksi. Tässä ammatissa työskentelevä henkilö on yleensä psykologi, sosiologi tai hoitotyön ammattilainen. Kulttuurivälittäjät toimivat esimerkiksi maahanmuuttajan ja viranomaisten yhteistyöapuna. He pyrkivät poistamaan väärinkäsityksiä ja olemaan tukena kulttuurista johtuvien ongelmien selvittämisessä. Toiminnallaan he tukevat maahanmuuttajien sopeutumista uuteen asuinympäristöön, sekä lisäävät työnsä kautta kantaväestön ymmärrystä muita kulttuureja kohtaan. (Schubert 2007, 226.)

Kulttuurivälittäjät voivat myös toimia ammatillisessa organisaatiossa, joissa he tukevat eri kulttuureista tulevien työntekijöiden yhteistyötä muun muassa neuvomalla kulttuureista johtuvissa väärinkäsityksissä. Kulttuurivälittäjän työkenttä voi hoitotyön lisäksi olla kouluissa, työorganisaatioissa ja uskonnollisissa yhteisöissä. Kulttuurivälittäjän ammatti ei ole vielä levinnyt kovinkaan laajalle ja usein tämä työ jää maallikoiden, esimerkiksi tulkkien harteille. (Schubert 2007, 226–227.)

6 KULTTUURINMUKAINEN HOITOTYÖ

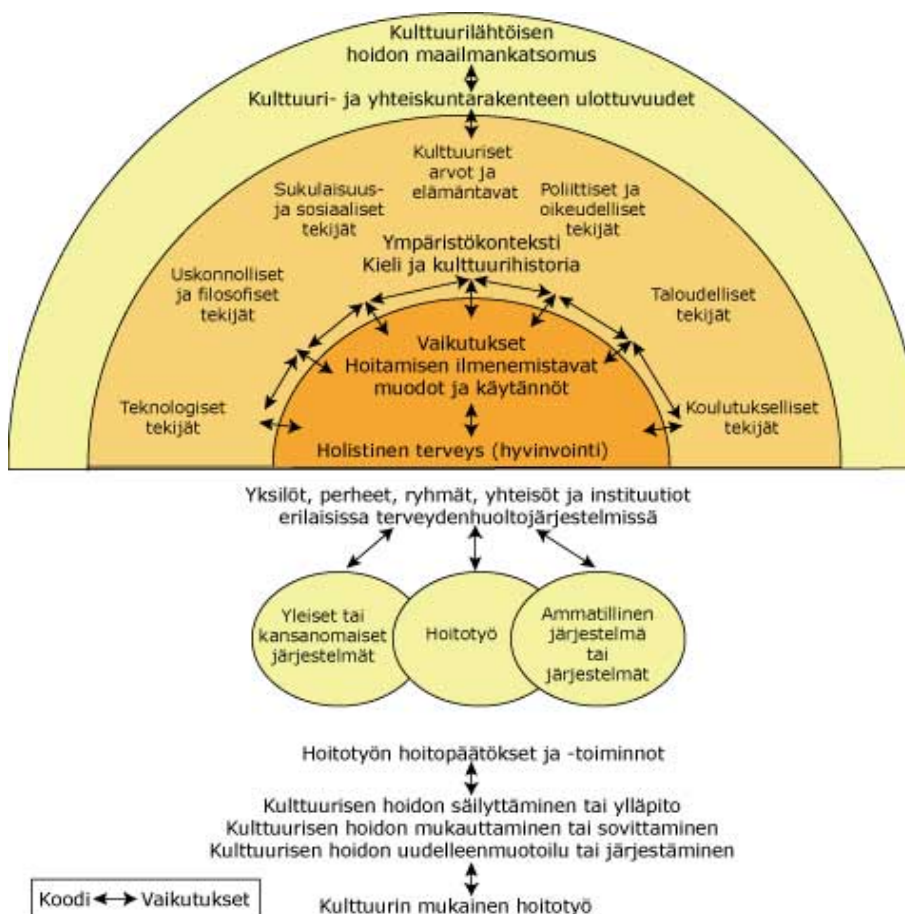
Amerikkalainen hoitotieteilijä Leininger on kehittänyt 1950-luvulla käsitteen kulttuurinmukaisesta hoitamisesta. Teorian perusajatuksena on, että hoitaminen on transkulttuurinen eli kulttuurienvälinen ilmiö. Pyrkimyksenä on antaa hoitoa, joka vastaa riittävän hyvin asiakkaan tarpeita ja hoitotyön todellisuutta. Leiningerin tavoitteena on ollut lisätä ihmisten kulttuuritietoisuutta, sekä tehdä kulttuurista hoitotyön lähtökohta. Leiningerin jälkeen transkulttuurista hoitotyötä on tutkittu edelleen ja sen pohjalta uusia malleja ovat kehittäneet muun muassa Orque ym. 1983, sekä Andrews ja Boyle 2003. (Alexander, Beagle, Butler, Dougherty, Robards, Solotkin & Velotta 1994, 415–421.) Suomessa Hassinen-Ali-Azzani (2002) on käyttänyt Orquen mallia tutkiessaan somalialaisten terveyskäytöksiä ja perhe-elämän hoitokäytäntöjä suomalaisen kulttuurin siirtymävaiheessa.

6.1 Leiningerin teoria kulttuurinmukaisesta hoitotyöstä

Leininger on kehittänyt kulttuurinmukaisesta hoitotyöstä niin sanotun Auringonnousumallin (The Sunrise Model), joka kuvaa ihmistä kulttuuritaustastaan ja yhteiskuntarakenteestaan erottamattomina. Malli (kuvio 1) symboloi hoitamisen nousua. Ympyrän yläpuolisko kuvaa yhteiskuntarakenteen osatekijöitä ja maailmankatsomuksellisia tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitoon ja terveyteen kielen ja ympäristön välityksellä. Nämä tekijät puolestaan vaikuttavat kansanomaisiin, ammatillisiin ja hoitotyön järjestelmiin, jotka sijaitsevat mallin alemmassa puoliskossa. Yhdessä puoliskot muodostavat kokonaisen auringon, joka edustaa kaikkea sitä, mitä sairaanhoitajan tulee ottaa huomioon ymmärtääkseen inhimillistä hoitoa ja terveyttä. Leiningerin mukaan hoitotyön alajärjestelmä voi toimia siltana kansanomaisten ja ammatillisten järjestelmien välillä. Keinoina tässä työssä ovat kulttuurisen hoidon säilyttäminen, mukauttaminen ja uudelleenmuotoilu. (Alexander ym. 1994, 420–421.)

Keskeistä Leiningerin mallissa on sen tapa kuvata ihmisiä kulttuuritaustastaan ja yhteiskuntarakenteestaan erottamattomina. Leiningerin teoria perustuu käsitykseen, jonka mukaan eri kulttuureihin kuuluvat ihmiset pystyvät enimmäkseen itse kertomaan millaista hoitoa tai apua he tarvitsevat hoitoalan ammattilaisilta. Malli on suunnattu apuvälineeksi sairaanhoitajille, jotta he voisivat ymmärtää asiakkaan maailmaa ja kykenisivät yhdistämään kulttuurisen tiedon omiin ammatillisiin valmiuksiinsa ja hyödyntämään näitä edelleen hoitosuhteissa. (Alexander ym. 1994, 414–417, 421.)

Leiningerin teoria on johdettu antropologiasta, mutta muotoiltu siten, että sen käsitteet kuuluvat nimenomaan hoitotyön alaan. Teoria on luonteeltaan holistinen ja kokonaisvaltainen. Se edellyttää käyttäjältään transkulttuuristen ja antropologisten käsitteiden tuntemista ja ymmärtämistä, jotta teoreettista mallia pystyisi käyttämään oikein ja täysipainoisesti. Koska teoria on laadullisesti suuntautunut, laaja-alainen, monipuolinen ja yleismaailmallinen, on sen yleinen hyödynnettävyys suuri. Teoreettinen malli voi ohjata minkä tahansa kulttuurin tutkimusta tai useamman kulttuurin välistä vertailevaa tutkimusta. (Alexander ym. 1994, 413, 424–425.)



KUVIO 1. Leiningerin transkulttuurinen malli. Saatavissa:

<http://akosote.roiakk.fi/AKOSOTE/tepo/pohjoisuus/B1.1.1.htm>

6.2 Transkulttuurisen hoitotyön haasteet

Leiningerin näkemyksen mukaan vieraassa kulttuurissa työskentelevät sairaanhoitajat eivät voi välttyä kulttuurien välisiltä ristiriidoilta ja ongelmilta. Hänen mukaansa muun muassa sairaanhoitajien kulttuurisokki, etnosentrismi ja kulttuuri-imperialismi vaikeuttavat suuresti uuden tiedon löytämistä ja heikentävät annetun hoidon laatua. Etnosentrisillä tarkoitetaan taipumusta ajatella, että omat ajatukset, uskomukset ja käytännöt ovat parempia kuin muiden kulttuurien. Kulttuuri-imperialismi merkitsee taas terveydenhuoltohenkilöstön taipumusta viedä näitä uskomuksiaan, käytäntöjään ja arvojaan toiselle kulttuurille. (Alexander ym. 1994, 416–417.)

Metsämuurosen (2000) mukaan oman kulttuurin vieminen muihin kulttuureihin on kuitenkin yksi keskeisistä kansainvälisyystaidoista sosiaali- ja terveysalalla. Oman kulttuurin vieminen muihin kulttuureihin voisi hänen mukaansa tarkoittaa etenkin tietotaidon ja hoitotyön periaatteiden, kuten aseptiikan tai ihmisarvon, viemistä kulttuureihin, joissa niitä ei samassa määrin arvosteta. (Metsämuuronen 2000, 107.)

6.3 Kulttuurinen sensitiivisyys ja kompetenssi

Kulttuurinen osaaminen eli kompetenssi käsitetään yleensä tietotaidoksi, jota hoitotyöntekijä tarvitsee kulttuurisesti erilaisten potilaiden tutkimisessa, ymmärtämisessä ja hoidossa. Tämän lisäksi tarvitaan myös kulttuurista herkkyyttä eli sensitiivisyyttä, joka muodostuu potilaan arvostamisesta, hoitotyöntekijän omasta avoimuudesta, empatiasta sekä halukkuudesta kuunteluun ja vuoropuheluun. (Pakaslahti & Huttunen 2010, 7.)

Ikonen (2007) määrittelee kulttuurisen pätevyyden hoitotyön tekijän kyvyksi nähdä asiakkaan kulttuurinen ulottuvuus, sekä hyödyntää kulttuuritietoa hoitosuhteessa. Hän määritelmänsä mukaan kulttuurisen pätevyyden ulottuvuuksia ovat herkkyyks, kulttuuritieto ja kulttuuriset taidot. (Ikonen 2007, 147–148.)

Wellman (2007) on tutkinut suomalaisten sairaanhoitajien työskentelykokemuksia brittiläisessä hoitokulttuurissa ja heidän näkemyksiään kulttuurisen pätevyyden kehittymisestä. Hänen saamiensa tulosten mukaan kulttuurisen hoitotyön omaksuminen eteni prosessinomaisesta kestäen 1-3 vuotta. Kulttuurisen kehittymisen nopeuteen vaikuttivat edistävasti esimerkiksi monikulttuuriset työtoverit. (Wellman 2007, 49–51.)

7 ARABIKULTTUURI JA ISLAM

Nimitystä arabi käytetään yleisesti puhuttaessa laajalla alueella Afrikan ja Aasian maanosissa asuvasta väestöstä. Arabimaissa väestöstä suurin osa on islaminuskoisia, eli mus-

limeja. Sana islam on arabiaa ja tarkoittaa alistumista, muslimi puolestaan merkitsee alistuvaa. Tämä tarkoittaa ihmisen alistumista Jumalan tahdolle tietoisena, omana valintana. Islamilaisessa kulttuurissa perinteitä noudatetaan vahvemmin kuin kristillisissä kulttuureissa ja islamilaisuus näkyy päivittäisessä elämässä selkeästi. (Hämeen-Anttila 2004, 157–158; Schubert 2007, 218, 139.)

Islamilainen kulttuuri on levinnyt laajalle ympäri maailmaa. Muslimeja elää vähemmistönä joka maanosassa. Näkyvintä islamilainen kulttuuri on kokonaan islamilaisissa valtioissa, esimerkiksi Iranissa ja Saudi-Arabiassa. Islamilaisissa valtioissa islam käsitetään kaikenkattavana uskontona ja valtio pyrkii uskonnolliseen puhtauteen suojelemalla kansalaistensa yksityiselämää ja kotia. (Allahwerdi & Serkkola 1998, 76.)

Islamin pyhä laki eli shari'a kattaa suuren osan ihmisen yksilöllisen ja yhteisöllisen elämän kysymyksistä. Lain katsotaan olevan Jumalan säätämä ja muuttumaton, mutta sen tulkinta on ihmisten käsissä. Tulkinnallisia muutoksia onkin aina ollut ja niitä tapahtuu edelleen. (Hämeen-Anttila 2004, 157–158.)

7.1 Islamilaisen kulttuurin perusteet

Islamilaiseen kulttuuriin kuuluu usko yhteen Jumalaan, Allahiin ja hänen profeettaansa Muhammediin. Jokaisen muslimin tulee rukoilla viisi kertaa päivässä Mekkaa kohti, sekä paastota kuunkierron verran vuodessa. Muslimien tulee myös antaa almuja vähäosaisille sekä tehdä pyhiinvaellus pyhään kaupunkiin, Mekkaan, ainakin kerran elämässään. Nämä uskonnolliset peruspiirteet ovat yhteisiä kaikille muslimille. Islamista on kuitenkin olemassa eri suuntauksia, joista pääosaa edustavat sunni- ja šiiamuslimit, joista sunnia on lähes 90 %. (Allahwerdi ym. 1998, 76–77.)

Naisen rooli on muslimikulttuurissa mieheen nähden alisteinen. Muslimikulttuurissa miehellä voi olla yhtä aikaa neljä vaimoa ja mies voi erota vaimostaan syytä ilmoittamatta. Nainen puolestaan tarvitsee islamilaisen lain hyväksymän perusteen avioerolle ja joutuu

anomaan sitä tuomarilta. (Hämeen-Anttila 2004, 167.) Miehen arvostus ja päätöksenteko-oikeus kodin ulkopuolella on ylipäättään suurempi kuin naisen. Mies vastaa tärkeimmistä taloudellisista ja sosiaalisista päätöksistä, naisen arvostus liittyy kotiin ja sen hoitamiseen. Näitä normeja tukevat islamin säädökset, jotka sallivat sukupuolisuhteet vain aviopuolisoiden kesken. Tämän vuoksi miesten ja naisten on rajoitettava yhteyksiä vastakkaiseen sukupuoleen lähimmäisiä sukulaisia lukuun ottamatta. Tapaa tukevat pukeutumista, tervehtimistä ja puhetapoja koskevat säädökset, jotka koskevat erityisesti naisia. Periaatteessa samat säädökset pätevät myös miehiin, mutta niitä ei tulkita yhtä tiukasti. (Allahwerdi ym. 1998, 84.)

Musliminaisten pukeutuminen erottaa heidät selkeästi länsimaisen kulttuurin edustajista. Kaikissa islaminuskoisissa maissa kaikenpeittävän hunnun käyttäminen ei ole lakisääteistä, mutta suurin osa musliminaisista käyttää ainakin pään peittävää huntuja. Tällöin kyse on perinteisestä pukeutumisesta ja naisen omasta valinnasta. Koraani vaatii pukeutumisessa molemmilta sukupuolilta vain yleisesti säädylisyyttä ja naisilta erityisesti hiusten peittämistä. (Hämeen-Anttila 2004, 172–173.)

Länsimaissa islamin uskoon yhdistetään negatiivisena piirteenä usein kunniamurhat. Tällaisissa tapauksissa miespuolinen sukulainen murhaa naisen, jonka katsotaan häpäisseen suvun kunnian esimerkiksi aviorikoksella tai avioitumalla vierasuskaisen kanssa. Kunniamurhan katsotaan puhdistavan suvun kunnian. Islamin lain mukaan kunniamurha on kuitenkin yksiselitteisesti rikos. Kunniamurhakäytäntö on levinnyt vain tietyillä alueilla, joilla se esiintyy muidenkin uskontokuntien kuin muslimien parissa. Sama pätee islamiinkin yhdistettyyn naisten ympärileikkaukseen, joka vanhana heimoperinteenä elää suppeilla alueilla monien uskontojen piirissä. (Hämeen-Anttila 2004, 167–172.)

7.2 Terveys ja sairaus islamilaisessa kulttuurissa

Islamilaisen terveysajattelun mukaan kaikki, niin terveys kuin sairauskin, on peräisin Jumalalta. Lähtökohtana tämä ajattelu käsittää sekä järjellä selitettävät syyt, että yli-luonnolliset uskomukset, joten sairauden syy voi yhtä hyvin olla bakteeri tai Jumalan rangaistus. Keskeinen uskomus on, että kaikki kärsimys ja sairaudet voitetaan elämällä hyveellisesti, eli noudattamalla islamin pyhän kirjan, Koraanin, ohjeita. (Allahwerdi ym. 1998, 78–79.)

Islamin käsityksen mukaan Jumala on luonut ihmisen ja antanut hänelle ruumiin ja järjen, joista kumpi tahansa voi sairastua. Koraanissa kielletään tekemästä itsemurhaa, sillä elämä on lopulta vain Jumalan kädessä. Tämän vuoksi myös eutanasiaan suhtaudutaan kielteisesti, samoin ihmisen kloonaukseen. Myös seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset ovat islamilaisessa kulttuurissa arkoja asioita. Raskaudenehkäisy on sallittu joissain islamilaisissa maissa tietyin edellytyksin. Aborttia ei hyväksytä yleensä edes silloin, jos raskauden syynä on raiskaus. Hedelmättömyyshoidot ovat kuitenkin sallittuja lukuun ottamatta ulkopuolisten sukusolujen käyttöä. (Hallenberg 2006.)

Islamilaisessa maailmassa turvaututaan yleisimmin islamilaisittain sovellettuun länsimaiseen koululääketieteeseen tai kansanperinteeseen. Parannusmenetelmien tulee aina olla sovussa islamin lain kanssa. Länsimaista lääketiedettä käytettäessä on huomioitava muslimin ruokavalioon ja hygieniaan liittyvät tavat. (Hallenberg 2006.)

Muslimikulttuurissa kiellettyjä asioita ovat muun muassa sian- ja hevosenlihan ja verituotteiden nauttiminen, sekä alkoholin ja narkoottisten aineiden käyttäminen. Tämä näkyy myös hoitotyössä rajoituksina ravinnon ja lääkeaineiden suhteen. Alkoholipitoisia lääkkeitä ja valmisteita, kuten desinfiointiaineita, voidaan nykyisten käsitysten mukaan kuitenkin käyttää lääkinnällisistä syistä. (Allahwerdi ym. 1998, 82.) Verensiirtoon ei ole uskonnollista estettä, mutta monet voivat sitä silti vastustaa. Elinsiirto kuolleelta potilaalta on mahdollinen vain niissä islamilaisissa maissa, joissa on voimassa sen salliva laki. Ruumiinavaus voidaan suorittaa yleensä vain vahvoin perustein, sillä muslimi tulisi haudata vuorokauden kuluessa kuolemasta. (Hallenberg 2006.)

Täysikasvuisen, täysijärkisen ja fyysisesti kykenevän muslimin tulee paastota kerran vuodessa Ramadan-kuun aikana, jolloin syöminen on kielletty auringonnoususta auringon laskuun asti. Paastosta ovat vapautettuja ne, joiden terveys siitä kärsisi. Paastoava potilas voi kuitenkin antaa verinäytteen, saada lääkainjektioita, suonensisäistä lääkitystä sekä ihon, silmien ja korvien kautta annosteltavia lääkkeitä. Paasto kuitenkin mitätöityy, jos paastoava potilas saa lääkkeitä suun kautta, nestemäisen peräruiskeen tai jos nenätippoja valuu nieluun. Paastoava potilas voi täten kieltäytyä lääkityksestä. Jos hoitava lääkäri kuitenkin katsoo asian tarpeelliseksi, menee elämän suojeleminen paaston edelle. (Hallenberg 2006.)

7.3 Islamilaisen kulttuurin erityispiirteet hoitotyössä

Islamilaisessa kulttuurissa yleisin suhtautuminen sairauteen on nähdä se Jumalan antamana koettelemuksena, jolla kasvatetaan ihmisen kärsivällisyyttä ja luonnetta. Vakava sairaus, vammaisuus tai epämuodostumat voidaan nähdä rangaistuksena synneistä, jolloin niihin reagoidaan torjumalla tai syyllistämällä henkilöä itseään tai hänen perheenjäsentään. Sairauden syy voidaan pitää myös kokonaan piilossa, jos se on moraalisesti ja sosiaalisesti tuomittava. Esimerkiksi AIDS ja sukupuolitaudit voidaan nähdä rangaistuksena kielletystä suhteesta. Mielenterveysongelmille on kansanperinteessä olemassa myös maagisia selityksiä. Mielen sairauden voidaan katsoa olevan peräisin joko henkiolennotta tai se on voinut aiheutua pahalla silmällä katsomisesta. Tällöin kirous tai henki on karkotettava potilaasta manaten. (Hallenberg 2006.)

Sukupuolten välisen kanssakäymisen rajoitukset ulottuvat myös terveyden- ja sairaanhoidon alueelle. Muslimipotilasta tutkittaessa pääsääntönä on, että potilasta riisutaan, tutkitaan ja kosketetaan vain sen verran, mikä diagnoosin saamiseksi ja hoidon antamiseksi tarvitsee tehdä. Yleinen periaate on, että naiset hoitavat naisia ja miehet miehiä. Jos tutkimuksessa tai toimenpiteessä on läsnä useampia ihmisiä, tulee kaikkien olla samaa sukupuolta. Tilanteessa mahdollisesti tarvittava tulkki voi olla myös eri sukupuolta, jos potilasta ei riisuta hänen nähtensä eikä kyseessä ole intiimi sairaus. Naispotilaiden

mukana vastaanotolla saattaa olla potilaan mies naisen tukena ja ”esiliinana” jos tilanne on akuuttia hoitoa vaativa, eikä paikalla ole naislääkäreitä. Hengen säilyttäminen on tärkeämpää kuin siveyssäännöt, mutta silloinkin on noudatettava hienotunteisuutta. (Brusila 2008, 108–109.)

Kulttuurilliset rajoitukset voivat vaikuttaa sairauden ilmaisuun myös korostetusti. Esi-merkiksi naisilla kulttuurillisesti rajoitettu tunteiden ja oman tahdon ilmaisu saattaa johtaa ongelmien somatisointiin. Sairaus vapauttaa arjen velvollisuuksista ja potilas saa usein osakseen positiivista huomiota. (Hallenberg 2006.)

Islamissa perhe mielletään kansakunnan ja hyvinvoinnin perustaksi. Perhe huolehtii jäsenistään ja jäsenten terveydenhoidon tarpeista. Potilasta hoidettaessa on otettava huomioon myös tämän lähipiiri. Perinteisesti on miehen tehtävä hoitaa perheen suhteita ulkomaailmaan, mukaan lukien terveyspalvelut. (Allahwerdi ym. 1998, 87–89.)

8 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän työn tavoitteena on selvittää, mitä vieraassa kulttuurissa työskentely ammatillisesti vaatii ja millaisia ammatillisia valmiuksia suomalaisella sairaanhoitajalla on toimia oman alansa monikulttuurisissa työyhteisöissä. Lisäksi tavoitteena on kuvata vieraassa kulttuurissa työskentelemisen vaikutuksia suomalaisten sairaanhoitajien ammatilliseen osaamiseen. Työn tarkoituksena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää monikulttuurista hoitotyötä vastaamaan työelämän vaatimuksia.

Tutkimuksessa pyritään löytämään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia valmiuksia sairaanhoitaja tarvitsee työskennellessään vieraassa kulttuurissa?
2. Millaisia valmiuksia suomalaisella sairaanhoitajalla on monikulttuuriseen hoitotyöhön?

3. Millaista hoitotyön osaamista vieraassa kulttuurissa työskentely erityisesti kartuttaa?

9 TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

9.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Haluttu aineisto pyritään keräämään luonnollisissa tilanteissa, joissa tutkija havainnoi tai haastattelee tutkittavaa. Apuna voidaan käyttää myös lomakkeita ja testejä täydentämään saatua tietoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.)

Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan yleensä induktiivista sisällön analyysii. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen, vaan aineiston yksityiskohdainen ja monipuolinen tarkastelu, sekä uusien, odottamattomien seikkojen paljastaminen. Yleisiä aineiston hankinnan metodeja ovat muun muassa teemahaastattelu, osallistuva havainnointi sekä erilaisten tekstien ja dokumenttien analyysit. Tärkeää on, että tutkittavien omat näkökulmat pääsevät aineistossa esille. (Hirsjärvi ym. 2007, 164.)

Laadullisissa tutkimuksissa voidaan pyrkiä kuvaamaan jotain tiettyä ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Tästä johtuen laadullisessa tutkimuksessa tiedonantajina toimivilla henkilöillä tulisi olla mahdollisimman paljon kokemusta tutkittavasta asiasta. Siksi tiedonantajien valinnan ei pitä olla sattumanvaraista, vaan harkittua ja tarkoituksenmukaista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.)

Koska laadullisessa tutkimuksessa aineisto itsessään on pääasiassa, muodostuu myös tutkimussuunnitelma vähittäin tutkimuksen edetessä ja suunnitelmia voidaan muuttaa olosuhteiden mukaisesti. Kerätty aineisto on ainutlaatuista ja ainutkertaista, joten myös

tuloksia tulee tulkita sen mukaisesti: tarkoituksena ei ole tehdä tilastollisia yleistyksiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 161–164.)

Laadullista tutkimusta tehtäessä voi olla vaikea määrittää, kuinka paljon aineistoa tarvitaan tietyn ilmiön kuvaamiseen. Kvalitatiivisessa aineiston keruussa käytetään termiä saturaatio, kun puhutaan aineiston riittävydestä. Tämä tarkoittaa, että tutkija ei päättää etukäteen kuinka monta tapausta hän tutkii. Tutkimusta toistetaan niin kauan kun saadaan tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Aineiston katsotaan olevan riittävä, kun asiat alkavat kertautua uudelleen – on tapahtunut saturaatio. On kuitenkin vaikeaa, jos ei mahdotonta sanoa, koska tutkija voi olla ehdottoman varma siitä, ettei kohde tuota enää uutta informaatiota. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaankin pitää ohjenuorana sitä, että kun yksityistä tapausta tutkitaan kylliksi, saadaan näkyviin se, mikä ilmiössä on merkittävää ja toistuu myös yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2009, 182.)

9.2 Tutkimusaineiston kerääminen sähköpostikyselynä

Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus toteutettiin laadullisena tutkimuksena kesä-heinäkuussa 2009. Tutkimuksen tiedonantajina toimivat Lähi-idässä työskentelevät suomalaiset sairaanhoitajat. Kyselyyn vastaamisen kriteereiksi muodostuivat sairaanhoitajan tutkinto, suomen kansalaisuus ja vähintään yhden vuoden työkokemus Lähi-idästä.

Tämän työn vastaajat on valittu käyttämällä niin sanottua lumipallo-otantaa. Tämä tarkoittaa, että haastattelujen alkutilanteessa on tiedossa yksi tai useampi avainhenkilö, joka voi suositella muita kriteerit täyttäviä henkilöitä osallistumaan tutkimukseen (Tuomi ym. 2009, 86). Aineisto kerättiin lähettämällä tiedossa olevalle vastaajalle sähköposti, jossa vastaanottajaa pyydettiin osallistumaan tutkimukseen.

Sähköpostikysely (liite 1) saatekirjeineen (liite 2) lähetettiin yhteensä yhdeksälle kriteerit täyttävälle henkilölle kesäkuussa 2009. Vastausaikaa annettiin heinäkuun 2009 lop-

puun. Määräaikaan mennessä vastaukset saatiin kuudelta vastaajalta. Nämä kuusi kirjallista vastausta ($n=6$) toimivat tämän opinnäytetyön analysoitavana aineistona.

Aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui varhaisessa vaiheessa kysely, joka toteutettiin sähköpostitse. Menetelmä sopi hyvin tutkimukseen, jonka tarkoituksena oli haastatella eri kulttuurissa parhaillaan työskenteleviä henkilöitä. Maantieteellisen välimatkan vuoksi haastatteluja ei ollut mahdollista toteuttaa kasvokkain ja puhelinhaastattelu olisi tullut kaukopuhelumaksuineen liian kalliiksi. Tavallisesta postikyselystä olisi myös aiheutunut kuluja ja mahdollisesti viivästyksiä postin kantoaikojen vuoksi.

Kysely on menetelmänä tehokas, sillä se säästää esimerkiksi haastatteluun nähden huomattavasti tutkijan aikaa ja vaivaa. Kysely lähetetään tutkittaville, he täyttävät sen itsenäisesti ja palauttavat takaisin tutkijalle. Kyselyn mukana tutkittaville lähetetään myös saatekirje, jossa kerrotaan tutkimuksesta ja annetaan vastausohjeet. Kyselytutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, ettei tutkijan ole mahdollista varmistua siitä, kuinka huolellisesti ja rehellisesti vastaajat ovat pyrkineet vastaamaan. Tutkija ei voi myöskään varmistua siitä, ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymykset oikein. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselytutkimuksella voidaan kerätä tietoa helposti laajalta alueelta, jos kysely lähetetään suurelle, valikoimattomalle joukolle. Ongelmaksi muodostuu kuitenkin usein se, ettei takaisin saada kuin kolmasosa vastaajien motivaatiosta riippuen. Kun kysely suunnataan tarkemmin valikoidulle erityisryhmälle ja kyselyn aihe on heidän kannaltaan kiinnostava, voidaan odottaa korkeampaa vastausprosenttia kuin valikoimattomalle joukolle lähetetyissä kyselyissä. Vastausprosentin nostamiseksi tutkija joutuu kuitenkin yleensä muistuttamaan vastaamatta jättäneitä eli karhuamaan lomaketta uudelleen kerran, korkeintaan kahdesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 196.) Tämä oletus toteutui omassa kyselyssäni, johon vastasi kahden karhuamiskierroksen jälkeen lopulta kaksi kolmasosaa kyselyn saaneista.

9.3 Kyselylomakkeen laatiminen

Kyselylomakkeen huolellinen laatiminen on kyselytutkimuksen onnistumisen kannalta keskeistä. Vaikka aihe on kyselyssä tärkein, voidaan lomakkeen selkeällä muotoilulla ja kysymysten suunnittelulla tehostaa tutkimukseen osallistumista. Kysymysten tulisi olla mahdollisimman helppotajuisia, selkeitä, lyhyitä ja vailla johdattelua, tulkinnallisia epäkohtia tai kaksoismerkityksiä. Kysymysten järjestys kannattaa myös pitää loogisena esimerkiksi kysymällä lomakkeen aluksi vastaajaa koskevat taustatiedot ja lopussa spesifimmät kysymykset. Lomakkeen tulee olla myös täytettävissä kohtuullisessa ajassa, joten kysymyksien määrän tarkistaminen ja arviointi on tärkeää ennen lomakkeen lähettämistä. (Hirsjärvi ym. 2009, 198–203.)

Kysymykset voivat olla muodoltaan avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä tai asteikkoperusteisia. Avoimessa kysymyksessä esitetään vain kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Avoimen kysymyksen etuna voidaan pitää sitä, että se sallii vastaajien ilmaista itseään omin sanoin, eikä ehdota vastauksia. Tämä osoittaa vastaajien tietämyksen aiheesta, sekä sen, mitä vastaaja itse painottaa vastauksessaan tärkeänä. Monivalintakysymyksissä tutkija on puolestaan valmiiksi määritellyt vastausvaihtoehdot. Tämän vuoksi vastaaminen on lomakkeen täyttäjälle helpompaa ja toisaalta saatuja vastauksia on helpompi käsitellä ja verrata keskenään myös tietokoneella. (Hirsjärvi ym. 2009, 198–201.)

Tässä työssä käytetty kyselylomake (liite 1) on muodostettu tätä tutkimusta varten. Kysymyksillä 1–5 kartoitetaan vastaajien taustatietoja ja kysymyksillä 6–9 pyritään saamaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kysymyksistä yksi on monivalintakysymys ja muut avoimia kysymyksiä. Alun perin kaikki kysymykset olivat avoimia kysymyksiä, mutta kysymys numero 4 muutettiin monivalintakysymykseksi vastaamisen helpottamiseksi.

9.4 Sisällönanalyysi

Laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perinteinen prosessointimenetelmä on sisällönanalyysi. Se on menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota, sekä tarkastella asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21.)

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiötä voidaan kuvailla yleistävästi tai ilmiöiden suhteet saadaan selkeinä esille. Analysoitava aineisto voi olla laadullista eli kvalitatiivista, tai määrällistä eli kvantitatiivista. Laadullisella aineistolla tarkoitetaan verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja, kuten kirjoja, puheita, artikkeleja, filmejä tai valokuvia. Sisällönanalyysin avulla aineistosta nostetaan havaintoja ja analysoidaan niitä systemaattisesti. Olennaista on samanlaisuuksien ja erilaisuuksien erottaminen. (Latvala ym. 2003, 21.)

Sisällönanalyysi voidaan tehdä induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, tai deduktiivisesti, jolloin analyysiä ohjaa aiempaan tietoon perustuva luokittelurunko. Sekä induktiivinen että deduktiivinen analyysi alkaa analyysiyksikön määrittelemisellä. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, ajatuskokonaisuus tai yksi kirjain, tutkimustehtävästä riippuen. Kun analyysiyksikkö on valittu, luetaan aineisto useaan kertaan läpi. Lukemisen tarkoitus on luoda pohjaa analyysille ja tarkastella sitä monesta eri näkökulmasta. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Induktiivisessa sisällön analyysissä aineistoa pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Pelkistäminen tarkoittaa prosessia, jolloin aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtäviin. Ryhmiteltäessä aineistoa tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Abstrahointivaiheessa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs ym. 1999.)

Deduktiivista sisällönanalyysiä voi ohjata jokin teema tai malli, joka pohjautuu aikaisempaan tietoon. Tämän aikaisemman tiedon varassa tehdään analyysirunko, johon

sopivia asioita etsitään aineistosta. Analyysi voidaan tehdä joko strukturoidusti, eli aineistosta poimitaan vain luokitusrunkoon sopivat asiat, tai väljästi, jolloin mukaan poimitaan myös luokitusrunkoon kuulumattomia asioita. Menettelytavan valinta riippuu tutkimuksen tarkoituksesta. (Kygäs ym. 1999.)

Menetelmästä riippumatta sisällön analyysi on aikaa vievä prosessi, jonka apuvälineinä voidaan käyttää erilaisia listauksia, miellekarttoja tai matriiseja. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan analyysissä muodostettu malli, käsitekartta tai kategoriat. Tämän lisäksi tuloksissa tulee kuvata kategorioiden sisällöt alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmauksien avulla. Suorat lainaukset aineistosta lisäävät raportin luotettavuutta ja havainnollistavat alkuperäisaineistoa lukijalle. Suorat lainaukset eivät kuitenkaan saa heikentää tutkittavien anonymiteettiä. (Kygäs ym. 1999.)

Sisällönanalyysin luotettavuutta on pidetty ongelmallisena, koska analyysiprosessin tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen. Haasteena sisällönanalyysissa on yleensä aineiston pelkistäminen ja kategorioiden muodostaminen niin, että ne kuvaavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti. Asianmukaisesti ja huolellisesti käytettynä sisällönanalyysin avulla voidaan kuitenkin tuottaa uutta tietoa ja muodostaa käsitekarttoja ja malleja. (Kygäs ym. 1999.)

Tässä työssä induktiivinen sisällön analyysi on toteutettu yhtenäisesti koko analysoitavasta aineistosta. Aluksi aineisto luettiin useasti läpi. Tämän jälkeen aineistosta alettiin kysely kerrallaan etsiä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tämä toteutettiin alleviivaamalla kysymyksiin vastaavia ilmauksia. Analyysiyksikkönä käytettiin kokonaisia lauseita tai lauseenpätkiä. Alleviivatut ilmaukset kopioitiin sellaisenaan tietokoneelle ja taulukoitiin. Tämän jälkeen alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alakategorioihin ja alakategorioista muokattiin yläkategorioita. Esimerkki analyysistä on työn liitteenä (liite 3).

10 TUTKIMUSTULOKSET

10.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastanneet henkilöt ovat kaikki naisia, jotka työskentelivät vastaushetkellä Lähi-idässä islaminuskoisessa maassa. Vastaajat työskentelivät sairaanhoitajina erilaisissa työtehtävissä sekä perus- että erikoissairaanhoidossa. Vastaajien ikäjakauma oli 31–53 vuotta ja vastausten perusteella laskettu keski-ikä 41 vuotta.

Alan työkokemusta vastaajilla oli kotimaastaan 3–32 vuotta. Hajonta oli siis varsin suuri, mutta keskimääräinen alan työkokemus kotimaasta oli 11 vuotta. Työskentelyaika vieraassa kulttuurissa vaihteli reilun yhden ja yhdentoista vuoden välillä. Keskimääräinen työskentelyaika vieraassa kulttuurissa oli noin 5 vuotta. Vastaajista kaksi oli suorittanut sairaanhoitajan opistoasteen tutkinnon, yksi keskiasteen tutkinnon ja kolme korkeakoulututkinnon.

10.2 Sairaanhoitajalta vaaditut valmiudet vieraassa kulttuurissa työskentelyyn

Vastaajat toivat teksteissään ilmi monia vaatimuksia, joita työskentely vieraassa kulttuurissa heiltä edellytti. Selkeimpinä nousi esiin kuusi eri kategoriaa: kielitaito, kulttuurietous, osaamisen jatkuva kehittäminen, stressin sietäminen, hierarkiaan ja byrokratiaan tottuminen, sekä kliinisen hoitotyön hallitseminen.

Kielitaito. Vastaajat kertoivat valmistautuneensa etukäteen vieraassa kulttuurissa työskentelyyn etenkin parantamalla kielitaitoaan. Monet olivat opiskelleet englantia ja erityisesti hoitotyön sanastoa.

Yritin myös parantaa vieraan kielen taitojani ennen työtehtävien aloittamista.

...opiskelin englantia ennakkoon, erityisesti hoitotyön sanastoa.

Vastaajat työskentelivät vieraassa kulttuurissa pääosin englannin kielellä. Potilaskontakteissa jouduttiin usein turvautumaan tulkin tai kielitaitoisten työkavereiden apuun. Vieraalla kielellä työskenteleminen koettiin aluksi hankalaksi, mutta pidempään maassa työskennelleet raportoivat kielivaikeuksia aina vain vähemmän. Osa hoitajista kertoi myös oppineensa työvuosiensa aikana puhumaan arabiaa niin, että tulivat sillä toimeen tarpeen vaatiessa.

...tarvittaessa on ollut sairaalassa osastoilla tulkki käytettävissä sekä työkavereista apua tulkkaustilanteissa.

Arabiaa olen oppinut myöhemmin työskennellessäni potilaiden kanssa ja tulen toimeen muutamilla arabian kielen sanoilla.

Yhteisen kielen puute aiheutti vastaajien mielestä ongelmia sekä työkavereiden kanssa kommunikoinnissa, että potilastyössä. Kielieroihin liittyviä väärinymmärryksiä sattui väkisinkin, eikä paraskaan tulkkaus tuntunut aina riittävältä. Tämä aiheutti hoitajille monesti turhautumista, mutta puutteet kommunikoinnissa yritettiin paikata muilla hoitotyön keinoilla.

Olen oppinut -- nakemaan miten vaikeaa on toisinaan auttaa potilasta kun ei ole yhteistä kieltä, mutta toisaalta olen huomannut miten tarkeaa koskettaminen on yhteisen kielen puuttuessa.

Kulttuuritietous. Vastaajat painottivat kulttuurista tietoa ja osaamista avaintekijänä vieraassa kulttuurissa työskentelyyn. Tietoa kohdemaasta oli haettu järjestelmällisesti ja pyritty sen avulla orientoitumaan maan tapoihin etukäteen. Monet kertoivat hankkineensa tietoa arabikulttuurista ja islamista esimerkiksi rekrytointifirmalta, lukemalla aihetta käsittelevää kirjallisuutta sekä etsimällä tietoa Internetistä. Tärkeä informaatiokanava oli monille ollut myös kontaktit kansainvälistä työkokemusta omaaviin henkilöihin. Moni hoitaja mainitsi keskustelleensa etukäteen kohdemaassa aiemmin työskennelleen tai parhaillaan asuvan henkilön kanssa. Tällä tavoin saatiin suoraa, ajankohtaista tietoa

paikallisista oloista ja käytännöistä, sekä mahdollisesti luotua sosiaalisia suhteita etukäteen.

Ottamalla etukäteen selvää kyseisen maan yleisestä että terveydenhuoltoon liittyvästä kulttuurista.

Otin selvää vieraasta kulttuurista, kirjallisuutta lukemalla ja juttelemalla eri ihmisten kanssa, jotka olivat työskennelleet samassa maassa aiemmin...

Kulttuurien väliset erot kirkastuivat monille kuitenkin vasta käytännön työssä. Vastaajien työyksiköissä hoitohenkilökunta edusti monia eri kansallisuuksia ja kulttuureita, mikä vaati totuttautumista moniin uusiin tapoihin ja normeihin. Myös erilaiset näkemykset hoitotyöstä saattoivat aiheuttaa ristiriitoja työkavereiden kesken. Näkemyseroja syntyi niin hoitotyön teknisestä suorittamisesta, kuin potilaan kohtaamisesta ja kokonaisvaltaisesta hoitamisesta.

...työkaverit tulevat eri puolilta maailmaa, joutuu sopeutumaan tekemaan toita erilaisten ihmisten kanssa ja hyväksymään erilaisia tapoja.

Käsitys potilaan hyvästä hoidosta ja potilaan kohtaamisesta ja tarpeiden huomioon ottamisesta saattaa olla hyvinkin erilainen eri maissa ja kulttuureissa.

Kulttuurisia haasteita tarjosi myös käytännön potilastyö. Potilailla saattoi olla täysin erilaiset käsitykset ja odotukset hyvästä hoidosta, kuin mihin hoitajat olivat tottuneet. Tällöin hoitajalta vaadittiin diplomaattisia ohjaus- ja neuvontataitoja. Välillä kulttuuriset tavat ilmaista hoidon tarvetta, kipua tai hätää aiheuttivat myös hämmästyksiä.

Ihmisten erilaisuus ja kulttuuri lisää haasteita, paljon joutuu tekemaan valistustyötä kun ihmisten uskomukset ja tavat eivät aina ole hoidon kannalta asialliset.

Mita enemmän potilas huutaa ja voihtii sitä kipeampi potilas kuvastaa olevansa. Ei ole poikkeuksellista että potilaat heitetyvät lattialle voihtimaan saadaakseen huomiota, nyt.

Ammatillisen osaamisen kehittäminen. Vastaajat kokivat hoitotyön vieraassa kulttuurissa antoisaksi, mutta vaativaksi. Hoitajilta vaadittiin jatkuvaa oman osaamisen kehittämistä ja tietojen ja taitojen tuli olla aina ajan tasalla. Hoitajien osaamista seurattiin sairaalan toimesta säännöllisin väliajoin erilaisilla testeillä. Testien läpäisy oli edellytys hoitajan työsopimuksen jatkamiselle. Tämä saattoi tuntua hoitajista stressaavalta ja byrokraattiselta, mutta testaaminen katsottiin myös tasa-arvoistavaksi systeemiksi. Samaa osaamisen tasoa ja testien läpäisyä edellytettiin kaikilta hoitajilta ikään, kansalaisuuteen tai palvelusvuosien määrään katsomatta.

...hoitohenkilökuntaa testataan, jotta tarvittavat taidot ja tiedot ovat edelleen tallella.

... eri-ikäiset hoitajat ovat samalla viivalla ja kehittävät itseään koko ajan...

Vastaavasti sairaala tarjosi hoitajille myös paljon erilaisia pakollisia ja vapaaehtoisia hoitotyön koulutuksia, joissa päivittää omia tietoja ja taitoja. Esimerkiksi ennen uuden laitteen käyttöönottoa hoitajien tuli käydä valmentava kurssi, joka sisälsi teoriaa ja käytännön opiskelua. Hoitajat kokivat koulutukset pääosin laadukkaiksi ja hyödyllisiksi ja tunsivat, että työnantaja arvostaa heidän osaamistaan ja on valmis myös siihen panostamaan.

...erilaiset ohjeistukset helpottavat työnkuvaa, tehtäviä ja kun niihin on perehdytty, opiskeltu kunnolla ennen työn aloittamista, on helpompi aloittaa uudessa työssä tai uuden tehtävän teko.

Taalla hoitajia myös koulutetaan ammatillisesti paljon enemmän ja panostetaan hoitajien tietojen päivittämiseen.

Stressinsietokyky. Monille vastaajista vieraaseen kulttuuriin asettuminen ja työskentely monikulttuurisessa työympäristössä aiheutti ainakin aluksi epätietoisuutta, ahdistusta ja turhautumista. Erilaiset tavat, kulttuurilliset rajoitukset ja kielierot vaativat totuttelua ja pitkää pinnaa. Tietojen karttuessa ja ajan kuluessa monet näistä tekijöistä kuitenkin arkipäiväistyivät ja häiritsevien elementtien sietokyky parani. Joustavuus ja positiivinen elämänasenne oli monille tärkeä arjen apuväline.

...oppinut sietämään kaaosta, meteliä, epävarmuutta, sitä ettei asiat aina mene suunnitelmien mukaan ja suunnitelmia täytyy muuttaa tilanteiden mukaan...

Sopeutuminen olikin yllättävän helppoa kunhan totuin maan tapoihin, rukousaikoihin, pukeutumiseen ja paikallisten ihmisten tyyliin ja tapoihin.

Ainahan sita tulee semmoista mika yllattaa mutta kun pitää mielen avoimena ja huumorin tallella niin sita selviaa hyvin.

Hierarkia ja byrokratia. Vastaajat kokivat terveydenhuollon organisoinnin, johtamisen ja hoitotyön käytänteiden eroavan vieraassa kulttuurissa paljonkin Suomen malliin verrattuna. Vastaajien työyksiköissä noudatettiin amerikkalaista hoitotyön mallia. Käytännön hoitotyö perustui erilaisiin hoitotyön säännöksiin ja standardeihin, joita noudatettiin tarkasti. Lukuisat ohjeet koettiin toisinaan turhauttavina, mutta niiden katsottiin myös helpottavan monikulttuurista hoitotyötä.

Taalla kuitenkin hoitajia tulee niin monista eri maista että standardit on pakko olla olemassa että kaytanossa pystytaan toteuttamaan samaa hoitotapaa ja että hoitotyö sailyy yhtenäisenä ja tasalaatuisena.

Sairaanhoitajan työtä vastaajat kuvailivat vaativaksi ja vastuulliseksi. Työtehtävät organisaatiossa keskittyivät hoitajien mukaan selkeästi ammattiryhmittäin ja työntekijöiden välinen hierarkia saattoi välillä hämmästyttää moniammatilliseen työskentelyyn tottunutta

suomalaista hoitajaa. Työntekijät vastasivat yksikkökohtaisesti heille nimetyistä työtehtävistä ja jokaisella työtehtävällä oli lisäksi aina nimetty vastuuhenkilö.

Käsitys esim. sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyöstä saattaa poiketa huomattavasti länsimaalaisesta tavasta.

...respiratory therapist= vastaa ainoastaan teholla hengityskonehoidosta ja potilasta, jotka tarvitsevat apua hengitykseen.

Tarkkojen säännöksiä lisäksi turhautumista saattoi aiheuttaa tarkka hoitotyön kirjaaminen. Paperityötä tehtiin paljon, mutta sen katsottiin myös parantavan hoitajien omaa oikeusturvaa mahdollisissa riitatilanteissa ja ennaltaehkäisevän hoitovirheitä.

Kliinisen hoitotyön hallitseminen. Vastaajien kokemusten mukaan heidän työnantajansa edellytti ja arvosti erityisesti sairaanhoitajien kliinistä osaamista ja kädentaitoja. Vieraassa kulttuurissa laadukas hoitotyö käsitettiin tehokkuudeksi ja monien tekniikoiden osaamiseksi. Moni kokikin kädentaitojensa parantuneen huomattavasti, mutta ajattelutapa sai hoitajilta myös kritiikkiä, sillä kliiniseen hoitoon ja tekniseen osaamiseen panostettaessa potilaan muu huomiointi saattoi jäädä vähälle.

...hoitotyön käytännön tekniikoita olen oppinut...

Mita nopeammin teet ja osaat toimia monien monitoroiden ja kaapeleiden kanssa, sita parempi hoitaja olet.

10.3 Suomalaisten sairaanhoitajien valmiudet vieraassa kulttuurissa työskentelyyn

Vastaajilla oli vieraaseen kulttuuriin lähtiessään vaihtelevassa määrin hoitotyön kokemusta. Eniten kokemusta omaava vastaaja oli työskennellyt hoitoalalla 32 vuotta, vähiten kokemusta oli kolme vuotta sairaanhoitajana työskennelleellä vastaajalla. Osa vastaajista oli myös työskennellyt ulkomailla jo ennen nykyistä pestiään.

Suomalainen sairaanhoitajakoulutus. Vastaajat kokivat lähtökohtaisesti suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen antaneen heille hyvät valmiudet työskennellä vieraassa kulttuurissa ja kansainvälisissä työyhteisöissä. Suomalainen sairaanhoitajakoulutus katsottiin korkealaatuiseksi ja kattavaksi, eikä tämän suhteen ollut eroja sillä, oliko henkilö käynyt opistoasteen, keskiasteen tai ammattikorkeakoulututkinnon.

...olen oppinut ja saanut huomata että meillä suomessa hoitotyö on laadullisesti korkeatasoista.

*Suomalaisen hoitajan ei tarvitse hävetä osaamistaan ulkomail-
la.*

Kokonaisvaltainen hoitotyön osaaminen. Vastaajat katsovat suomalaisen sairaanhoitajan erottuvan monikulttuurisessa työryhmässä edukseen etenkin kokonaisvaltaisen hoitotyön osaajina. Kliinisen hoitamisen lisäksi potilaan psyykkinen tukeminen ja sosiaalisten olojen huomioiminen katsottiin kuuluvan kiinteästi hyvään ja laadukkaaseen hoitoon. Toisaalta hoitotyötä tehtiin myös koko persoonalla ja ylpeänä omasta ammattitaidosta.

...suomalaisilla on hyvä osaaminen ja inhimillinen ote potilaisiin...

...annamme paljon omasta persoonastamme sekä empatiasta hoitotyöhön.

10.4 Hoitotyön ammatillisen osaamisen karttuminen vieraassa kulttuurissa

Kaikista vastauksista oli luettavissa, että työskentely ulkomailla oli ollut kasvattava kokemus niin henkilökohtaisesti kuin ammatillisestikin. Vieraassa kulttuurissa työskentely vaati monia uusia taitoja, sekä vanhojen, kenties unohtuneiden osaamisalueiden verestämistä.

Ammatillinen kasvu. Vastaajien kertoman perusteella työskentely vieraassa kulttuurissa näyttäytyi kasvattavana, opettavana ja haastavana kokemuksena. Monille pitkän työkokemuksen omaaville etenkin itsensä haastaminen ja taitojen testaaminen olivat selkeitä ammatillisen kasvun paikkoja. Toisille taas lähtö vieraaseen kulttuuriin oli rohkea hyppy tuntemattomaan, jossa opittiin kattavasti matkan varrella.

Kun lahdin ensimmäisen kerran ulkomaille olin hyvin nuori ja tietoni maan kulttuurista ja uskonnosta vahaiset...

*Olen pyrkinyt kehittämään hoitajan ammatti-identiteettiäni (vieläkin näin monen työvuoden jälkeen) reflektoiden työsken-
tentelyäni vieraassa kulttuurissa...*

Vieraassa maassa ja kulttuurissa työskentely vaati hoitajilta paljon oman työn, tapojen, taitojen ja asenteiden arviointia ja syvällisempää pohdiskelua kuin kenties kotimaassa. Moni kertoi omaksuneensa vieraasta kulttuurista uusia, hyväksi havaitsemiaan hoitotapoja. Toisaalta omista, vahvoista periaatteista ei oltu valmiita tinkimään kulttuurisen painostuksenkaan alla.

...työmoraali on selkiytynyt ja vahvistunut koska ympärillä tapahtuu paljon "matalan aidan valitsemista" ja olisi suuri houkutus valita myös se tie...

Hoitotyön osaaminen ja järjestäminen. Monet toivat vastauksissaan esiin yksittäisiä opittuja asioita, jotka vieraassa kulttuurissa työskentely oli mahdollistanut: vieraalla kielellä työskenteleminen, erilaisten hoitotyön mallien ja tekniikoiden oppiminen ja jopa ennennäkemättömiin lääketieteellisiin tapauksiin tutustuminen.

Olen nähnyt ja hoitanut paljon sellaisia sairauksia ja syndroomeja joita en ole Suomessa ikänä tavannut...

Moni vastaaja koki eri kulttuureilla olevan paljon annettavaa toisilleen hoitotyön kehittämisen saralla. Tiimityö ja siihen panostaminen katsottiin vieraassa kulttuurissa tärkeäksi ja toimivaksi. Myös hoitohenkilökunnan määrä oli vastaajien mukaan paremmin

suhteutettu potilasvirtoihin kuin suomessa. Työn positiiviseksi puoleksi katsottiin myös yleisesti parempi palkkaus ja korvaus ylityöstä.

...palkkausjärjestelmä motivoi ulkomailla tekemään lisätyötä ja lisätyöstä saa tuntuvat korvaukset

...hoitajien määrä suhteutettuna suomeen potilastyössä on parempi, joka takaa myös hoidon laadun hoitotyössä.

Joka kulttuurista on opittavaa.

Kulttuurinmukaisen hoitotyön osaaminen. Tärkeimpinä oppimisen kokemuksina vastaajat nostivat esiin kulttuurisen osaamisen kehittymisen. Monikulttuuriset työyhteisöt, potilaat ja vieraassa kulttuurissa eläminen olivat lisänneet hoitajien tietoja vieraista kulttuureista, kykyä tunnistaa ihmisten kulttuurisia piirteitä sekä tarkastelemaan omaa ja vieraita kulttuureja eri näkökulmista. Jatkuva kulttuurien vuorovaikutus oli lisännyt monien suvaitsevaisuutta erilaisia tapoja ja kansallisuuksia kohtaan.

Karsivallisyys ja ymmarrys erilaisuutta kohtaan on lisaantynyt...

...olen oppinut kunnioittamaan ja arvostamaan eri kulttuureista/uskonnoista tulevien ihmisten tarpeita ja tapoja...

Hoitajat katsoivat, että vieraassa kulttuurissa työskentelyn myötä heidän oli helpompaa kohdata ja ymmärtää eri kulttuuritaustan omaavia henkilöitä niin sairaanhoitajan työssä kuin työn ulkopuolella. Ihmisen kulttuuritaustan huomioiminen hänen hoidossaan katsottiin erittäin tärkeäksi ja moni kokikin sen hyvä hoitotuloksen saavuttamisen ehdoksi. Toisille monikulttuurinen hoitotyö oli avartanut myös ihmiskäsitystä ja saanut heidät reflektoimaan ja muokkaamaan työtapojaan.

Olen oppinut kohtaamaan potilaita, joiden kulttuuri ja siihen liittyvät arvot ja arvostukset poikkeavat monella tapaa länsimaalaisesta hoitokulttuurista.

Tulen luultavasti ymmärtämään toisella tavalla perheen merkityksen hoidon tavoitteiden saaavuttamisessa, potilasta ei voi hoitaa yksinään vaan koko perheena.

11 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen teossa tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, joten kaikissa tutkimuksissa pyritään aina arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja, joista tunnetuimpia ovat tutkimuksen reliaabelius ja validius. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

11.1 Tutkimuksen reliaabelius ja validius

Tutkimuksen reliaabelius merkitsee mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen reliaabeliudella tarkoitetaan siis sen kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Reliaabelius voidaan todeta, jos esimerkiksi kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen, tai jos samaa joukkoa tutkitaan kahdella eri tutkimuskerralla ja saadaan sama tulos. Tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa taas tarkoittaa valitun mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä asiaa, mitä oli tarkoitus. Käytetty mittari voi aiheuttaa tuloksiin virheitä, jos esimerkiksi kyselylomakkeeseen vastaava henkilö ei ymmärrä kysymyksiä tai käsittää ne toisin, kuin tutkija oli alun perin ajatellut. Reliaabelius ja validius eivät kuitenkaan aina sovi kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Laadulliset tutkimukset ovat usein ainutkertaisia, eikä toistaminen olisi mielekäästä, saati mahdollista. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.)

Työssä käytetty kuuden vastauksen aineisto ei ole määrällisesti suuri, mutta sen voidaan katsoa edustavan Lähi-idän alueella työskenteleviä suomalaisia sairaanhoitajia. Samat teemat toistuivat vastauksissa kiitettävästi, joten saturaatiota voidaan luotettavasti sanoa tapahtuneen. Tutkimus on kuitenkin tyypillinen kvalitatiivinen tutkimus, jonka voidaan

katsoa olevan asetelmaltaan ainutlaatuinen. Tämän vuoksi tulosten ei voida katsoa olevan toistettavissa. Tutkimuksen tuloksia ei myöskään voida suoraan verrata muissa kulttuureissa työskentelevien suomalaisten hoitajien kokemuksiin, sillä maassa vallitseva muslimikulttuuri ja toisaalta sairaalassa noudatettava amerikkalainen hoitotyön malli antavat hoitotyölle oman yksilöllisen leimansa.

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen käyttö aineistonkeruumenetelmänä oli perusteltua, koska maantieteellisten etäisyyksien vuoksi kasvokkain tapahtuvaa haastattelua ei ollut mahdollista toteuttaa ja puhelinhaastattelu olisi tullut suhteettoman kalliiksi. Lomakekysely oli siis kustannustehokkain ja nopein ratkaisu. Lomakekysely ei kuitenkaan anna mahdollisuutta tarkentaviin kysymyksiin, tai anna tutkijalle varmuutta, onko vastaaja ymmärtänyt kysymyksen toivotulla tavalla. Mahdolliset väärinymmärrykset voivat aiheuttaa tuloksiin vääristymiä. Toisaalta on myös mahdollista, että työssä aineistonkeruumenetelmänä käytetty lumipallo-otanta on voinut aiheuttaa vastausten samankaltaisumista kyselyn kulkeutuessa vastaajalta toiselle pienessä suomalaisyhteisössä.

Koska laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tulisi kuitenkin jollakin tavoin arvioida, on katsottu, että tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta parantaa sen luotettavuutta. Esimerkiksi aineiston tuottamisen olosuhteet tulisi kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. Laadullisessa aineiston analyysissä keskeinen luokittelujen tekeminen tulisi myös selvittää lukijalle perusteluiden ja esimerkkien kautta. Tulosten tulkintaosiossa tutkijan tulee perustella päätelmänsä teoreettisesti, sekä esimerkiksi suorien aineistolainauksen avulla. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Työssä käytetty aineistomateriaali kerättiin varsin suppealla alueella Lähi-idässä työskenteleviltä suomalaisilta sairaanhoitajilta. Alustavien tiedustelujen jälkeen kävi ilmeiseksi, että virallista tutkimuslupaa Lähi-idässä toimivilta sairaaloilta on käytännössä mahdollista saada. Näin ollen vastaajat kertovat tutkimuksessa kokemuksiaan yksityishenkilöinä, eivät työnantajansa edustajina. Tämän vuoksi vastaajien tarkkaa asuinpaikkaa tai työnantajaa ei tässä työssä mainita.

11.2 Eettiset näkökulmat tutkimuksessa

Tutkimusta tehdessä tulee koko prosessin ajan ottaa huomioon tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset. Eettisesti hyvälle tutkimukselle on määritelty hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyvät ohjeet. Näiden ohjeiden mukaan tutkijan tulee esimerkiksi noudattaa yleistä rehellisyyttä ja huolellisuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, sekä tutkimuksen ja tulosten arvioinnissa. Käytettävien menetelmien tulee myös olla tieteellisen tutkimuksen mukaisia ja eettisesti kestäviä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–24.)

Tiedonhankintatavat ja koejärjestelyt aiheuttavat usein eettisiä ongelmia sosiaali- ja terveysalalla, kun tutkimuksen kohde on ihminen tai ihmisen toiminta. Peruslähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkijan on oltava selvillä miten tutkimukseen osallistuvien henkilöiden suostumus hankitaan, mitä informaatiota heille annetaan ja millaisia riskejä osallistumiseen liittyy. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tulee saada itse päättää osallistumisestaan saatuaan tarvittavan informaation tutkimuksesta. Tutkijan tulee varmistaa, että henkilö on ymmärtänyt saamansa tiedon ja on kykenevä kysyään päätöksentekoon. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.)

Lumipallo-otanta oli aineistonkeruumenetelmänä tehokas tapa tavoittaa vastaajiksi soveltuvia henkilöitä yhden olemassa olevan kontaktin kautta. Tiedossa oleva vastaaja kyseli kohdemaassa kriteerit täyttävien henkilöiden halukkuutta osallistua tutkimukseen ja he saivat halutessaan luovuttaa sähköpostiosoitteensa opinnäytetyön tekijän tietoon. Tämä ei kuitenkaan vielä velvoittanut heitä mihinkään, vaan kyselyn ja saatekirjeen vastaanotettuaan he saivat tehdä vastauspäätöksensä itse, heitä suositelleen henkilön tietämättä. Vastaamatta jättäneille henkilöille lähetettiin toki uusi vastausmuistutus, jotta unohtamisen tai väärin yhteystietojen mahdollisuus saatiin karsittua mahdollisimman pieneksi.

Sähköpostikyselyyn ei käytännössä ollut mahdollista vastata anonymisti, sillä vähintään vastaajan sähköpostiosoite tuli vastaanottajan tietoon. Vastaajille annettiin saatekirjees-

sä tiedoksi tutkimuksen tarkoitus ja mahdollisuus halutessaan esittää lisäkysymyksiä ennen vastauspäätöksen tekemistä. Vastaamalla kyselyyn henkilöt vahvistivat suostumuksensa vastaustensa käyttöön tämän tutkimuksen yhteydessä. Vastaukset olivat koko prosessin ajan vain opinnäytetyön tekijän käsiteltävänä ja niistä poistettiin heti vastaajan identifioimisen mahdollistavat tiedot. Koska työnantajataho ei ollut kytköksissä tutkimuksen tekoon, voidaan olettaa, että vastaajat ovat olleet vastauksissaan avoimia ja tuoneet rehellisesti julki myös negatiivisiksi kokemiaan asioita jatkoseuraamuksia pelkäämättä.

Rehellisyyden periaate tutkimuksen teossa pitää sisällään plagioinnin välttämisen, kritiikin esittämisen ja huolellisen raportoinnin. Plagointia on paitsi muiden henkilöiden tekstien ja asiasisältöjen esittäminen omina tuotoksina, myös omien aikaisempien tutkimuksien käyttö näennäisesti uuden tutkimuksen teossa. Kritiikki on tärkeää tutkimustuloksia esitettäessä. Tulokset tulee esittää sellaisenaan, kaunistelematta ja yleistämättä perusteettomasti. Raportoinnissa tärkeää on olla muokkaamatta alkuperäisiä havaintoja niin, että tulos vääristyisi. Myös tutkimuksen puutteet tulee tuoda julki rehellisesti ja peittelemättä. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.)

Osiassa ”Tutkimustulokset” on esitetty aineistossa nostetut havainnot tarkoituksenmukaisilla ja informatiivisilla suorilla lainauksilla perustellen. Lainaukset on nostettu alkuperäisaineistosta kieliasua tai sisältöä muuttamatta. Ainoastaan vastaajan identifioinnin mahdollistavat määreet on poistettu yksityisyydensuojan nimissä.

Saatu aineisto (n=6) analysoitiin mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti. Kyselylomakkeen kysymykset olisivat jälkeenpäin ajatellen voineet olla yksinkertaisemmat analyysivaiheen helpottamiseksi, mutta niillä saatiin kuitenkin hyvin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymyksiä muokattiin tutkimuksen teon loppuvaiheessa selkeämpään muotoon ja vastaamaan paremmin tutkimustulosten esitystapaa, mikä on tyypillistä laadulliselle tutkimukselle. (Hirsjärvi 2009, 164.)

12 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Saadut tutkimustulokset olivat odotusten mukaisia ja niissä toistuvat samat teemat kuin aiemmissa aihetta käsittelevissä suomalaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa. Vastauksista voi saada käsityksen siitä, millaista vieraassa kulttuurissa työskenteleminen voi olla, ja millaisia haasteita monikulttuurinen työyhteisö tarjoaa.

Kyselylomakkeessa (liite 1) esitetyissä kysymyksissä vastaajia pyydettiin vapaasti kuvailemaan työskentelyään ja oppimiskokemuksiaan vieraassa kulttuurissa. Vastauksista esiin nousseet valmiudet vieraassa kulttuurissa työskentelyyn sisälsivät samoja teemoja, jotka tulevat ilmi Leiningerin auringonnousumallissa (kuvio 1). Kulttuurierojen, uskonnollisten tekijöiden, tiedontarpeen ja perheen merkityksen huomioiminen tulivat vastauksissa esiin toistuvasti potilaskontakteja selostettaessa. Osa hoitajista raportoi näiden tekijöiden tietoista huomioimista onnistuneen hoitotyön edellytyksenä. Tämän perusteella voidaan olettaa vieraassa kulttuurissa työskentelyn kehittäneen systemaattisesti hoitajien kulttuurista kompetenssia. (Ikonen 2007, 147; Taylor 2005.)

Englanninkielellä työskentelyn ja arabiaa puhuvien potilaiden kohtaamisen haasteet olivat yksi vastaajien työskentelyyn selkeimmin vaikuttavista tekijöistä. Myös Wellmanin (2007, 47) tutkimuksessa sairaanhoitajat raportoivat kieliongelmien vaikeuttaneen sopeutumista vieraaseen hoitokulttuuriin. Kielitaidon parantaminen oli kuitenkin tuonut monelle vastaajalle itsevarmuutta ja arabiankielen opiskelu lisäarvoa ja sujuvuutta käytännön työhön. Kielimuuri oli silti monesti työn sujumista ja hoidon laatua heikentävä tosiasia. Hoitajat olivat työssään kuitenkin oppineet luovasti hyödyntämään ilmeitä, eleitä ja tulkin apua. Kansainvälisten tutkimusten mukaan yhteisen kielen puuttuminen on suuri este kulttuurisen hoidon toteutumiselle. Tulkkauksen käyttö parantaa hoitotulosta, mutta on harvoin mahdollista akuuteissa tilanteissa. (Taylor 2005.)

Leininger väittää, että mitä riippuvaisempi hoitohenkilökunta on teknisistä tehtävistä ja toiminnoista, sitä selvemmin on nähtävissä merkkejä ihmisten välisestä etäisyydestä. Tämä heikentää suoraan myös asiakastytyvääisyyttä. (Alexander ym. 1994, 418.) Vas-

taajien kokema klinisen hoitotyön ja nopeuden arvostaminen työn laatua heikentävänä tekijänä voidaan liittää tähän päätelmään. Asiakkaiden tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä on saadun tiedon mahdoton arvioida, mutta hoitajien kokemus hoitotyön heräksässä painottumisessa tehtäväkeskeisyyteen ilmentää mahdollisia puutteita kokonaisvaltaisen hoidon ajattelussa.

Erilaiset koulutukselliset, poliittiset ja oikeudelliset tekijät kuuluvat Leiningerin auringonnousu-mallissa (kuvio 1) kiinteästi kulttuuri- ja yhteiskuntarakenteen ulottuvuuksiin. Sairaalaorganisaation hierarkiaan ja byrokratiaan tottuminen edellyttää tällä perusteella hoitokulttuuriin tutustumista ja sen sisäistämistä. Stressiä hoitajat kokivat sekä työhön että vapaa-aikaan liittyvissä tilanteissa varsinkin vieraassa kulttuurissa oleskelun alkuaikoina. Schubertin (2007, 18–20) mukaan toiminta yhdessä eri kulttuurien edustajien kanssa aiheuttaa yksilölle aina stressiä. Stressi ja epävarmuus kuuluvat siis väistämättä monikulttuuriseen työskentelyyn, mutta hellittävät kulttuuristen tietojen ja taitojen karttuessa.

Kielivaikeuksien lisäksi kulttuurinmukaista hoitotyötä vaikeuttavat yleisesti hoitotyöntekijöiden negatiiviset asenteet eri kulttuuria edustavia asiakkaita kohtaan. (Taylor 2005). Leiningerin näkemyksen mukaan vieraassa kulttuurissa työskentelevät sairaanhoitajat eivät voi välttyä kulttuurien välisiltä ristiriidoilta ja ongelmilta. (Alexander ym. 1994, 416.) Vaikka vastaajat olivat kohdanneet turhauttavia ja kummastuttavia tapoja ja uskomuksia, kokivat he vieraassa kulttuurissa työskentelyn tärkeäksi ja mielekkääksi. Keskeinen viesti sairaanhoitajilta oli, että kulttuurieroista ja vivahteista huolimatta hoitotyö on samanlaista kaikkialla maailmassa. Ihmisten tarpeet ovat kaikkialla samanlaiset, vain niiden ilmaiseminen vaihtelee. Tämä ymmärrys oli lisännyt myös hoitajien suvaitsevaisuutta monikulttuurisia potilaita kohtaan.

Tulosten perusteella voidaan olettaa, että vaikka suomalaisilla sairaanhoitajilla oli vahva pohjaosaaminen, vaati tuloksellinen työskentely vieraassa kulttuurissa heiltä paljon lisäponnistuksia. Havainto vastaa kansainvälisissä tutkimuksissa saatuja tuloksia (Taylor 2005.) Myös Hassinen-Ali-Azzanin (2002) tutkimuksessa tulee ilmi, että vierasta kult-

tuuria edustavien potilaiden kanssa työskentely vaati työntekijöiltä jatkuvaa koulutusta ja itsensä kehittämistä. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 197.)

Kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat olivat saaneet hoitotyön koulutuksensa Suomessa. Vastaajilla voidaan olettaa olleen vahvat hoitotyön ammatilliset lähtövalmiudet, sillä teksteissä ei tullut ilmi suuria ongelmia sairaanhoitajan perusosaamisen alueilla. Suomalainen sairaanhoitajakoulutus miellettiin laadukkaaksi ja kansainvälisiä vaatimuksia vastaavaksi. Myös Wellmanin (2007, 48) tutkimuksessa brittiläisessä hoitokulttuurissa työskentelevät sairaanhoitajat ilmaisivat ylpeyttään suomalaisuudesta, suomalaisesta koulutuksesta ja ammattitaidosta.

Vastaajat kokivat erilaisessa hoitokulttuurissa työskentelyn opettavaiseksi ja moni mainitsi ammatillisten taitojen karttuneen ja monipuolistuneen. Vastaajien kyky nähdä vieraan hoitokulttuurin positiiviset puolet ja valmius soveltaa ja omaksua uusia hoitotyön menetelmiä kertoo selvästi etnosentrisyyden vähenemisestä, joka kuuluu osana kulttuuriseen pätevytymisprosessiin (Taylor 2005).

Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että sairaanhoitajat olivat hyötynet ammatillisesti vieraassa kulttuurissa työskentelystä. Monille ulkomailla työskentely oli antanut aihetta pohtia omaa ammatillisuutta laajasti ja kehittää itseään tietoisesti systemaattisesti. Kimmokkeena ammatilliseen pohdintaan mainittiin nimenomaan vieraaseen työkulttuuriin ja uusiin työtapoihin tutustuminen. Laurin (2007, 87–89) mukaan asiantuntijaksi kehittymiseen kuuluu muun muassa kyky soveltaa ammatillisia tietoja ja taitoja eri ympäristöissä, kyky ylläpitää ja kehittää ammattiosaamista, halu työskennellä vaativien tehtävien parissa sekä yksilön motivaatio oppimiseen ja opitun ymmärtämiseen. Voidaan siis olettaa, että vieraassa kulttuurissa työskentely voi edesauttaa hoitajien kasvua ammatilliseen asiantuntijuuteen.

Tulosten mukaan islamilaisessa kulttuurissa työskentely vaati siis hoitajilta perehtymistä ja orientoitumista maan kulttuurillisiin erityispiirteisiin, sekä halua sopeutua vallitsevaan hoitokulttuuriin. Työssä pärjätäkseen hoitajien tuli omata motivaatiota jatkuvaan amma-

tilliseen kehittymiseen, sekä valmiutta sietää uudesta ympäristöstä aiheutuvaa epävarmuutta ja stressiä. Voimavaroikseen hoitajat kokivat kansainväliset vaatimukset täyttävän suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen, sekä kokonaisvaltaisen hoitotyön osaamisen. Vieraassa kulttuurissa työskenteleminen oli saanut hoitajat pohtimaan omaa sairaanhoitajuuttaan, sekä vahvistanut laaja-alaisesti hoitajien ammatillista osaamista; erityisesti monikulttuurisen hoitotyön osaamista ja kulttuurista kompetenssia.

Jatkotutkimusaiheena työlle olisi kartoittaa, miten aiemmin ulkomailla työskennelleet ja Suomeen töihin palanneet hoitajat hyödyntävät vieraassa kulttuurissa hankkimaansa osaamista. Hyvä näkökulma olisi myös tutkia monikulttuuristen työyhteisöjen toimintaa Suomessa sosiaali- ja terveysalalla. Toivottavasti tämän opinnäytetyön teemat innostavat hoitotyöntekijöitä tarttumaan monikulttuurisen hoitotyön haasteisiin, sekä kohtaamaan vierasta kulttuuria edustavia potilaita ja työyhteisöjä entistä tietoisemmin ja avoimemmin.

LÄHTEET

- Alexander, J., Beagle, C., Butler, P., Dougherty, D., Robards, K., Solotkin, K. & Velotta, C. 1994. Kulttuurilähtöisen hoidon teoria. Teoksessa Marriner-Tomey, A. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammala: Sairaanhoitajien koulutussäätiö.
- Allahwerdi, H. & Serkkola, A. Islamin jälkiä terveydenhoidossa. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva: W-SOY, 76–89.
- Benner, P. 1993. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. Hoitotyö, päätelykyky ja etiikka. Juva: WSOY.
- Brusila, P. (toim.) 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Eriksson-Piela, S. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa. Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Tampere: Acta Universitatis Tampereensis 929.
- Forsander, A., Ekholm, E., Hautaniemi, P., Ali, A., Alitolppa- Niitamo, A., Kytäjä, E., Quoc Cuong, N. 2001. Monietnisuus yhteiskunta ja työ. Helsinki: Palmenia-kustannus.
- Haho, A. 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Väitöskirja. Oulun yliopisto: Lääketieteellinen tiedekunta.
- Hallenberg, H. 2006. Terveys ja sairaus islamin maailmassa. Suomen lääkäri-lehti vsk. 61. Lääkäri-lehden www-sivut. [viitattu 10.11.2009] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=00025800>

Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystietämisestä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 95. Kuopion yliopisto.

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammer - Paino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, M. & Salanterä, S. 2002. Valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden valmiudet kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:39. Turku: Digipaino Turun yliopisto.

Hämeen-Anttila, J. 2004. Islamin käsikirja. Helsinki: Otava.

Ikonen, E. 2007. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi. Käsitemallitutkimus hybridisellä mallilla. Hoitotiede 19, 147–148.

Janhonen, S., Kuokkanen, R., Kääriäinen, S. & Matikka, S. 1993. Kehittyvä Hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Kohti asiantuntijuutta. Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Kirmayer, L. 2010. Kulttuurinen lääketiede ja psykiatria. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 21.

Koponen, K. 2003. Monikulttuurisen hoitotyön opettaminen suomalaisessa hoitotyön koulutuksessa – Terveysalan opettajien kokemuksia ja kehittämisehdotuksia. Pro gradu –tutkielma. Kuopion Yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11, 3–12.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21.

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.

Lauri, S. & Elomaa, L. 2001. Hoitotieteen perusteet. Juva: WS Bookwell Oy.

Leiningerin auringonnousumalli. [viitattu 14.4.2009] Saatavissa:

<http://akosote.roiakk.fi/AKOSOTE/tepo/pohjoisuus/B1.1.1.htm>

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia -sarja 4. Helsinki: Methelp Ky.

Mikkonen, A., Virtala, M., Heikkilä, J., Mutka, U., Ikonen, H., Tulkki, H., Vänskä, K., Laiho, K. & Toikka, M. 2004. Matkalla monikulttuuriseen hoitotyöhön. Koulutusohjelman ristiinarviointiraportti. Jyväskylä: Jyväskylä University Press.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. [viitattu 14.3.2008]. Saatavissa:

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Oroza, V. 2010. Hämmennystä, oivaltamista ja arkista puurtamista. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 273.

Pakaslahti, A. & Huttunen, M. 2010. Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000. Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15. Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 7.4.2009] Saatavissa:

http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.pdf

Schubert, C. 2007. Monikulttuurisuus mielenterveytyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Scubert, C. & Kruus, J. 2010. Tulkki yhteistyökumppanina. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 297.

Soukola, T. 1999. Monikulttuurisen yhteiskunnan ehdot ja haasteet. Helsinki, Sitra. [viitattu 29.10.2009]. Saatavissa:

<http://www.sitra.fi/julkaisut/monikulttuurisuus.pdf?download=Lataa+pdf>

Suomen sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajan työ. Sairaanhoitajaliiton www-sivusto. [viitattu 5.9.2009] Saatavissa:

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/

Suomen sairaanhoitajaliitto. Tilastoja. Sairaanhoitajaliiton www-sivusto. [viitattu 2.1.2010] Saatavissa: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/viestinta/tilastoja/>

Sisäasiainministeriö. 2008. Työvoiman maahanmuuton edistämisen yhteistyömuodot lähtömaiden kanssa -hankkeen loppuraportti. Sisäasiainministeriön julkaisut 31/2008.

[viitattu 1.3.2010] Saatavissa:

[http://www.poliisi.fi/intermin/biblio.nsf/A9AF8FF1470F65D4C22574DB004DB30D/\\$file/312008.pdf](http://www.poliisi.fi/intermin/biblio.nsf/A9AF8FF1470F65D4C22574DB004DB30D/$file/312008.pdf)

Taylor, R. 2005. Addressing Barriers to Cultural Competence. Journal for Nurses in Staff Development (JNSD). Issue: Volume 21(4), July/August 2005, pp 135-142.

Tuomi, J. 2005. Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Hygieia. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Wellman, E. 2007. Suomalainen sairaanhoitaja ja kansainvälinen ura – työskentely brittiläisessä hoitokulttuurissa ja kulttuurisen pätevyyden kehittyminen työskentelyn aikana. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

LIITTEET

LIITE 1. Opinnäytetyön tutkimuksellisen osan kyselylomake.

HYVÄ VASTAAJA

Kesäkuu 2009

Toivon Teidän vastaavan sähköpostitse seuraaviin kysymyksiin. Kysymyksiä on yhdeksän (9) kappaletta. Kysymykset ovat tyypiltään avoimia kysymyksiä, joiden vastaustilaa ei ole rajoitettu. Vastaan mielelläni kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiinne. Saatekirjeestä voitte lukea tarkemmat tiedot opinnäytetyöstäni.

VASTAUSOHJE:

Vastaaminen onnistuu helpoiten, kun tallennatte tämän tiedoston omalle tietokoneellenne ja kirjoitatte vastauksenne kysymysten perään. Vastattuanne ja tallennettuanne tiedoston uudelleen, voitte lähettää sen minulle sähköpostin liitetiedostona osoitteeseen hanne.ketonen@lpt.fi. Voitte lähettää vastauksenne myös tavallisena sähköpostiviestinä. Vastaattehan viimeistään 31.7.2009 mennessä.

1. Ikä:
2. Sukupuoli:
3. Kuinka monta vuotta Sinulla on alan työkokemusta kotimaastasi?
4. Oletko suorittanut sairaanhoidon opistoasteen/ keskiasteen/ ammattikorkeakoulututkinnon?
5. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt vieraassa kulttuurissa?
6. Selvitä lyhyesti tämänhetkinen työtehtäväsi.
7. Kuvaile millä tavoin olit valmistautunut työskentelemään vieraassa kulttuurissa.
8. Kuvaile mitä olet oppinut hoitotyöstä työskennellessäsi vieraassa kulttuurissa.
9. Arvioi miten voisit hyödyntää vieraassa kulttuurissa hankkimaasi osaamista työssäsi Suomessa.

KIITOS VASTAUKSISTANNE JA VAIVANÄÖSTÄNNE!

LIITE 2. Opinnäytetyön tutkimuksellisen osan saatekirje.

HEI!

Kesäkuu 2009

Olen sairaanhoitajaopiskelija Lahden Ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä aiheesta sairaanhoitajan osaaminen ja monikulttuurisen hoitotyön valmiudet vieraassa kulttuurissa. Toivon Teidän osallistuvan opinnäytetyöhöni liittyvään haastatteluun heinäkuun 2009 aikana. Haastatteluun osallistuminen tapahtuu sähköpostitse erillisen lomakkeen avulla. Sähköpostihaastatteluun osallistumisesta ei aiheudu Teille kuluja.

Sähköpostihaastattelussa antamianne tietoja käytetään tutkimuksen aineistona opinnäytetyössänne. Henkilöllisyystietonne säilyvät salaisina. Taustatietojanne kysytään vain niiltä osin, kuin opinnäytetyön kannalta on oleellista. Vastaamalla sähköpostihaastatteluun annatte samalla suostumuksenne antamienne tietojen käyttämiseen opinnäytetyössänne. Antamianne tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Haastattelumateriaali hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Valmis opinnäytetyö on luettavissa keväällä 2010 Lahden Ammattikorkeakoululla tai Ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa osoitteessa www.theseus.fi.

Työn tarkoituksena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää monikulttuurista hoitotyötä ja sen koulutusta. Koska Teillä on omakohtaista näkemystä vieraassa kulttuurissa työskentelemisestä ja sen haasteista, ovat ajatuksenne tärkeitä.

Jos Teillä on jotakin kysyttävää, voitte ottaa minuun yhteyttä epäroimättä. Osallistumisenne on minulle tärkeää.

Hyvää kesää toivottaen,

Sairanhoitajaopiskelija

Hanne Ketonen

hanne.ketonen@lpt.fi

+358 50 329 45 31

LIITE 3. ESIMERKKI AINEISTON ANALYYSISTA

| ALKUPERÄINEN ILMAUS | PELKISTETTY ILMAUS | ALAKATEGORIA | YLÄKATEGORIA |
|--|---|--|--------------|
| ”..opiskelin englantia ennakkoon, erityisesti hoitotyön sanastoa.” | Englannin ja hoitotyön sanaston opiskelu | Kielten opiskelu | Kielitaito |
| ”Yritin myös parantaa vieraan kielen taitojani ennen työtehtävien aloit- tamista.” | Vieraan kielen osaamisen parantaminen | | |
| ”Arabiaa olen oppinut myöhemmin työskennel- lessäni potilaiden kans- sa...” | Arabiankielen oppiminen | | |
| ”Olen oppinut työsken- telemään sujuvasti vie- raalla kielellä ja auttavasti maan omalla kielellä.” | Vieraalla kielellä työs- kentelemään oppiminen | Vieraalla kielellä työs- kentely | |
| ”...tulen toimeen muu- tamilla arabian kielen sanoilla...” | Arabiankielen sanoilla toimeen tuleminen | | |
| ”...työkavereista apua tulkkaustilanteissa.” | Tulkkauksen käyttö | Tulkkaus | |
| ”...tarvittaessa on ollut sairaalassa osastoilla tulkki käytettävissä” | Tulkkauksen käyttö | | |